

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 N° 186

---

Contribution à l'étude de l'Enfance Coupable

---

# LES PERVERSIONS MORALES POSTENCEPHALITQUES

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 6 Juillet 1939*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

*par*

**Roger PROBY**

*né le 4 Juin 1913 au Grand-Lemps (Isère)*

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon  
Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie



LYON  
Imprimerie JANODY  
25, Cours Henri

1939



Les Perversions Morales  
Postencéphalitiques



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 N° 186

---

Contribution à l'étude de l'Enfance Coupable

# LES PERVERSIONS MORALES POSTENCEPHALITIQUES

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 6 Juillet 1939*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

*par*

Roger PROBY

*né le 4 Juin 1913 au Grand-Lemps (Isère)*

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon  
Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie



LYON  
Imprimerie JANODY  
25, Cours Henri

—  
1939

## PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| Doyen honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ. |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE.    |
| Assesseur .....       | M. A. MOREL.     |

### PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,  
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

### PROFESSEURS

|                                                          |                         |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|
| Cliniques médicales .....                                | } MM. FROMENT.<br>SAVY. |
| Cliniques chirurgicales .....                            |                         |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....              | PATEL.                  |
| Clinique ophtalmologique .....                           | BERARD.                 |
| Cliniques dermatologique et syphiligraphique.....        | VORON.                  |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....              | BONNET                  |
| Clinique médicale infantile.....                         | FAVRE.                  |
| Clinique gynécologique .....                             | LEPINE (J.)             |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                  | MOURIQUAND.             |
| Clinique urologique .....                                | COTTE.                  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....       | REBATTU.                |
| Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....           | CIBERT.                 |
| Clinique des maladies infectieuses .....                 | TAVERNIER.              |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....   | COURMONT.               |
| Chimie biologique et médicale.....                       | J. CHALIER.             |
| Chimie organique et Toxicologie.....                     | PONTHUS.                |
| Matière médicale et Botanique.....                       | FLORENCE.               |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....        | MOREL.                  |
| Anatomie .....                                           | MANCEAU.                |
| Histologie .....                                         | GUIART.                 |
| Physiologie .....                                        | LATARJET.               |
| Pathologie Interne .....                                 | POLICARD.               |
| Pathologie générale et thérapeutique.....                | HERMANN.                |
| Anatomie pathologique .....                              | CORDIER.                |
| Chirurgie opératoire .....                               | CADE.                   |
| Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie..... | J.F. MARTIN             |
| Médecine légale .....                                    | SANTY                   |
| Hygiène .....                                            | ARLOING (F.).           |
| Pharmacie et Pharmacologie.....                          | Etienne MARTIN.         |
| Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....            | ROCHAIX.                |
|                                                          | LEULIER.                |
|                                                          | PIERY.                  |

### PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                                       |                     |
|-------------------------------------------------------|---------------------|
| Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale..... | MM. THEVENOT (Léon) |
| Chargé d'un cours d'embryologie.....                  | NOEL.               |

### AGREGES

|           |            |              |          |
|-----------|------------|--------------|----------|
| MM.       | MM.        | MM.          | MM.      |
| GABRIELLE | GUILLEMINE | DE ROUGEMONT | MORIN    |
| DECHAUME  | MORENAS    | P. RAVAU     | BERTRAND |
| BERNHEIM  | REVOL      | PIGEAUD      | CLAVEL   |
| POLLOSSON | ENSELME    | CROIZAT      | LEVRAT   |
| CHAMBON   | SEDALLIAN  | DELORE       |          |
| EPARVIER  | CREYSSEL   | JOSSERAND    |          |



### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ETIENNE-MARTIN, *Président*,  
DEVIC, DECHAUME, BERNHEIM, *agregés*

*La Faculté de Médecine de Lyon declare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation,*

*Je dédie ce travail :*

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE-MARTIN

*Professeur de Médecine Légale  
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Nous avons été son élève pendant un an. Nous avons pu apprécier sa grande compétence et sa haute culture. Aussi, nous ressentons tout l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être nôtre Président de thèse.

Nous le remercions bien sincèrement et nous le prions de croire à toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC  
*Médecin des Hôpitaux*

Nous regrettons de n'avoir jamais été son élève. Nous sommes particulièrement heureux qu'il accepte de faire partie de notre jury.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DECHAUME  
*Médecin des Hôpitaux*

Nous avons passé un semestre dans son service. Son immense savoir et sa grande cordialité nous ferons garder de lui le meilleur souvenir. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments d'admiration et de gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERNHEIM  
*Médecin des Hôpitaux*

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être notre juge.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL GIRARD

*Ancien Interne des Hôpitaux*  
*Ex Chef de Clinique Neuro-Psychiâtrique*  
*à la Faculté de Médecine*

Nous lui devons la plus grande part de notre formation médicale. Pendant un an, il a été notre Maître. Il a conduit nos premiers pas dans la découverte de la Psychiâtrie. Son inlassable bonté, son accueil bienveillant, joints à l'étendue et à la précision de ses connaissances, ont toujours été pour nous l'objet d'une grande admiration.

Une immense part lui revient dans ce travail qu'il nous a inspiré. Nous voudrions qu'il sache la qualité de l'attachement que nous lui gardons.

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

## INTRODUCTION

---

### I. — LES PERVERSIONS MORALES

Dupré disait, dans son rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France, sur les perversions instinctives :

« Un certain nombre d'observations probantes démontrent que chez un sujet, auparavant normal et correct dans ses instincts, ses sentiments et sa conduite, peuvent apparaître, sans autres troubles psychiques bien marqués, des perversions affectives et morales plus ou moins graves, à la suite de traumatismes crâniens, même sans fracture, ou d'affections cérébrales variées, aiguës ou subaiguës, qui guérissent en laissant comme séquelles presque uniques ou au moins dominantes, sans diminution sensible de l'intelligence, des modifications profondes et durables du caractère, des tendances et des sentiments. » Il ouvrait une ère nouvelle dans l'histoire de la pathologie morale.

Jusque-là, deux théories principales s'opposaient que l'on peut schématiser ainsi :

Au point de vue moral, l'homme est né bon. Comment expliquer alors, que chez certains individus, cette bonté native fasse place à une propension singulière à faire le mal ? On parla de dégénérescence mentale. Deux écoles principales virent à cette dégénérescence des causes différentes :

1° L'Ecole italienne : Lombroso et ses élèves l'expliquèrent par des considérations purement anatomiques : Ils voyaient dans la criminalité « un abaissement du type humain au type bestial ». Un arrêt ou un vice de développement étaient responsables des désordres moraux rencontrés chez les criminels et les délinquants. La perversion était donc fonction d'une malformation ou d'une agénésie nerveuse, au même titre que le syndrome de Little, par exemple, est pour beaucoup d'auteurs le résultat d'un arrêt du développement du faisceau pyramidal.

Cette conception les amenèrent à chercher des témoignages morphologiques externes de la dégénérescence mentale. On connaît tous les signes qu'ils ont décrits sous le nom de stigmates de dégénérescence : tubercule de Darwin, prognathisme, asymétrie faciale, microcéphalie, dolichocéphalie, voûte palatine asymétrique, voûte ogivale, implantation vicieuse des dents, microdontisme, etc...

On sait également que ces signes n'ont pas toute la valeur que Lombroso leur attribuait. Et en 1909, Mac Auliffe ayant examiné à ce point de vue cent assassins ou meurtriers, cent élèves du cours d'identité judiciaire (à Paris) et cent visiteurs du service anthropométrique, put conclure « que les honnêtes

gens ont l'oreille aussi mal ourlée que les assassins et que les signes que l'on a décrits comme stigmates de dégénérescence se rencontrent avec la même fréquence dans toutes les classes de la société. »

2° L'Ecole française : avec Lacassagne, pour qui la dégénérescence mentale avait pour cause essentielle des facteurs sociaux : milieu familial, exemples, éducation, fréquentations, lectures, milieu social.

« Le milieu social est le bouillon de culture de la criminalité ; le microbe, c'est le criminel, élément qui n'a d'importance que le jour où il trouve le bouillon qui le fait fermenter ».

Il y avait là aussi une part d'exagération. Les observations sont nombreuses où des pervers criminels n'ont jamais été en contact qu'avec des milieux sociaux absolument sains. Ferri, plus éclectique, réunit les deux théories, faisant dépendre la dégénérescence mentale de deux ordres de conditions :

Conditions anthropologiques ;

Conditions du milieu.

On devait donc trouver, chez l'immense majorité des délinquants, et des facteurs anatomiques et des facteurs sociaux de dégénérescence.

C'est le mérite de Dupré d'avoir fait intervenir dans la pathogénie des perversions morales, des facteurs purement pathologiques : traumatismes crâniens, même sans fractures, et affections cérébrales variées aiguës ou subaiguës.

C'était donner droit de cité aux perversions morales acquises. En effet, les théories de Lombroso, de Lacassagne et de Ferri ne s'appliquaient pas à tous les cas observés.

Des individus, parfaitement sains et normaux à tous égards, donnaient des signes d'affaiblissement moral après des traumatismes crâniens ou des affections cérébrales : il fallait admettre la relation de cause à effet.

## II. — L'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE

En 1917 en Europe Centrale, puis en 1918 en France, suivant de près la grippe, frappant souvent les mêmes sujets, une maladie épidémique fit son apparition.

D'abord appelée Encéphalite Léthargique par Von Economo dans sa communication du 17 avril 1917 à la Société de Neurologie et de Psychiâtrie de Vienne, elle est connue aujourd'hui sous le nom d'Encéphalite Epidémique.

Dans l'antiquité, Hippocrate, Arétée de Cappadoce, Cœlius-Aurélianus avaient déjà décrit, sous le nom de Léthargos, un syndrome analogue caractérisé par de l'hypersomnie. Plus près de nous, des auteurs italiens en firent mention sous le nom de Nona.

Mais ce n'est que depuis 1918 que l'affection a été nettement individualisée et qu'on en a précisé avec rigueur les caractères (Von Economo, Netter, Cruchet, Bériel, Froment, Achard, Mlle Lévy).

Il s'agit d'une maladie infectieuse épidémique, plus que contagieuse. L'agent pathogène est inconnu ; on sait seulement qu'il s'agit d'un varius filtrant neuro-trope non cultivable, à siège rhinopharyngé, voisin de celui de la poliomyélite et de la rage, inoculable au singe. La salive est virulente (Netter et Durand) et serait l'agent de transmission.

Netter, qui a établi que l'affection est contagieuse, fixe les délais d'incubation à un ou deux mois.

Maladie de la saison froide, elle atteint de préférence les enfants mais frappe aussi les adultes et les vieillards. Les épidémies sont de longue durée et de grande extension, mais elles se produisent par poussées rares et espacées.

Les femmes sont atteintes un peu plus souvent que les hommes. Les sujets ayant des antécédents personnels ou héréditaires d'ordre nerveux ou mental, semblent plus particulièrement exposés (Netter). Cette affection semble avoir une prédilection pour les systèmes nerveux fragiles. La grippe paraît être une condition favorisante.

C'est une maladie d'une gravité redoutable, par sa période aiguë et par ses séquelles qui sont extrêmement fréquentes.

Le début se fait insidieusement, par un malaise général ou un état grippal sans caractères particuliers. Puis dans les cas typiques, on voit s'installer une triade symptomatique caractéristique :

Hyperthermie,

Hypersomnie,

Troubles oculaires.

Dans les formes frustes, l'élévation de température peut être très légère, les troubles du sommeil faire complètement défaut. On a décrit des formes ambulatories. Il existe une grande diversité de types cliniques, traduisant une atteinte très variable des centres nerveux.

Les troubles du sommeil peuvent aller de la simple somnolence à un état léthargique total en passant par l'inversion du rythme normal, avec insomnie nocturne et sommeil invincible pendant la journée.

Les troubles oculaires portent sur la musculature de l'œil.

L'atteinte de la troisième paire, le plus souvent parcellaire, incomplète et variable, donne le ptosis, la diplopie, le strabisme, la mydriase.

La sixième peut être atteinte ainsi que la quatrième. On a signalé aussi le nystagmus, l'inégalité pupillaire, l'abolition des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation, des paralysies des mouvements associés.

On peut voir de la paralysie faciale ou pharyngée, des troubles du langage (dysarthrie), des troubles de la mastication.

Au point de vue neurologique, pendant la période aiguë, on peut encore noter : des phénomènes ataxiques, de la dysmétrie, des phénomènes cérébelleux, de l'adiadococinésie, de l'asynergie, des sensations de tête vide avec titubation et parfois démarche ébrieuse.

On a pu constater de l'hyperphidrose, de la polyurie et surtout de l'hyperpersialorrhée.

Les urines contiennent souvent de l'albumine. Il peut y avoir de l'hyperglycémie et la ponction lombaire montre presque constamment une hyperglycorachie accompagnée de lymphocytose.

Des phénomènes excito-moteurs apparaissent : agitaion, spasmes faciaux, baillements, hoquet, myoclonies, convulsions, oscillations bradycinétiques, tremblements, mouvements athétosiformes, choréïformes. Ils peuvent être accompagnés d'algies à forme continue ou fulgurante, de siège articulaire ou de type radiculaire.

Quelquefois, des troubles du tonus musculaire apparaissent sous forme d'hypertonie, entraînant des attitudes soudées, avec aspect figé de la face et tremblement qui peuvent persister et constituer l'ébauche d'un syndrome de Parkinson à début rapide.

On peut constater des troubles du pouls et du rythme respiratoire.

Au point de vue mental, on note des formes avec délire onirique et confusionnel, délire aigu, confusion mentale et stupeur.

A cette période se manifestent, surtout chez les enfants, des réactions perverses traduisant déjà une atteinte de l'être moral.

Cette énumération rapide de symptômes et le fait que les formes typiques de l'Encéphalite Epidémique sont loin d'être la règle, nous fait déjà pressentir quelles difficultés nous rencontrerons lorsque nous voudrons faire un diagnostic rétrospectif de l'affection pour expliquer telle ou telle de ses manifestations

tardives. Nous devons nous fier le plus souvent aux résultats de l'interrogatoire de l'entourage, interrogatoire qui devra être minutieusement conduit sans pour cela nous donner dans tous les cas des certitudes.

Cette phase aiguë de la maladie, qui n'a pas de durée nettement déterminée, peut tuer en quelques jours ou conduire insensiblement à la phase chronique, phase des manifestations tardives. On assiste à la régression de certains symptômes. D'autres se fixent et semblent évoluer pour leur propre compte.

### III. — LES SEQUELLES DE L'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE (1)

La thèse de Mlle Lévy et le travail plus récent de Georges Guillain et Pierre Mollaret sont, à ce sujet, des études très complètes.

Parmi les séquelles de l'Encéphalite épidémique, le syndrome parkinsonien postencéphalitique occupe la première place. Nous ne le décrirons pas; ce serait sortir des limites que nous nous sommes tracées, mais nous insisterons sur quelques points capitaux :

---

(1) Nous conservons le terme de « séquelle » consacré par l'usage tout en faisant remarquer qu'il ne saurait en l'occurrence indiquer un processus éteint, fixé, cicatriciel. Les séquelles de l'Encéphalite ne sont en réalité que les manifestations tardives d'une encéphalite chronique.

1° « Le syndrome parkinsonien représente la séquelle fondamentale de l'Encéphalite épidémique et son importance est considérable. Il constitue l'argument courant qui signe la nature encéphalitique d'un épisode antérieur indéterminé. Il pose, d'autre part, la question encore si discutée de l'autonomie de l'ancienne maladie de Parkinson ». (Guillain et Mollaret).

### 2° Sa fréquence :

On le rencontre dans une proportion extrêmement élevée. G. Lévy le note 70 fois chez 129 malades et Reys 60 fois sur 163 sujets. « Une telle proportion n'a fait que croître avec le recul du temps ». (Guillain et Mollaret).

3° Nous insisterons aussi sur le fait que le syndrome parkinsonien postencéphalitique frappe beaucoup plus souvent les adultes que les enfants.

Il en est de même pour les autres séquelles neurologiques qui forment un deuxième groupe de manifestations tardives frappant plus souvent l'adulte.

Enfin, dernier groupe de séquelles qui nous intéresse bien davantage :

Les troubles psychiques postencéphalitiques.

Ils furent mentionnés, pour les premières fois, par Mouriquand et Samerot, à la Société Médicale des Hôpitaux, en juillet 1919 ; puis, en mars 1920, par le Professeur H. Claude, dans sa communication à l'Académie de Médecine, sur « les suites éloignées de l'Encéphalite Epidémique », insistait sur des modifications de l'être moral après une infection névritique.

Blouquier de Claret, le premier, dans sa thèse de 1921, isole une psychose morale postencéphalique.

Sans entrer dans le détail, on peut diviser ces troubles en deux grandes catégories, avec Guillaïn et Mollaret :

1° Les troubles psychiques prolongés de la période aiguë.

Il s'agit des accidents psychiques signalés déjà au chapitre de la phase aiguë de l'Encéphalite Epidémique : ils sont une des manifestations de l'état toxico-infectieux des malades :

Délires aigus, à type onirique,

Confusion mentale,

Stupeur,

Réactions anti-sociales : fugues, violences, vols, qui possèdent déjà, d'après Fribourg-Blanc, un caractère particulier : l'inconscience de l'acte et même l'amnésie totale.

2° Les troubles psychiques de la phase chronique, de beaucoup les plus intéressants pour nous.

Guillaïn et Mollaret écrivent à ce propos :

« Les troubles réalisés à cette période sont extrêmement variables. Si l'on veut cependant essayer de dégager leurs caractères les plus généraux, on peut dire que ce qui domine est le contraste entre une intelligence à peu près indemne, une affectivité à peu près respectée ou parfois même exagérée, et une volonté touchée au contraire au maximum. La notion

générale de perturbation des automatismes par l'Encéphalite transparait également sur le plan mental. De tels sujets sont obligés, en quelque sorte, de vouloir leurs automatismes psychiques, ce qui entraîne chez eux un manque d'initiative et un état de fatigue parfois considérable. En même temps, se produira souvent, comme contre-partie, une libération des instincts habituellement réfrénés. Un tel ensemble, enfin, aboutira à des perturbations de l'humeur et du sens moral d'une gravité parfois extrême. Les conséquences d'un tel bouleversement différeront néanmoins selon le degré évolutif antérieur du psychisme ainsi touché, et l'on comprend que la majorité des auteurs s'accordent à distinguer deux grands groupes de troubles psychiques, selon l'âge auquel l'individu a été frappé par l'Encéphalite. C'est dans ce domaine peut-être que l'Encéphalite chronique de l'enfance et de l'adolescence présentera son individualité la plus grande. L'atteinte du psychisme est d'ailleurs, à cet âge, la manifestation postencéphalitique, qui prime toutes les autres, selon l'opinion de Von Economo. »

Toujours, avec Guillaumin et Mollaret, nous classerons un peu artificiellement ces troubles mentaux de la période post-encéphalitique, en deux grands groupes :

a) Les troubles mentaux de l'adulte, dont nous ne dirons que peu de chose :

Ce peuvent être :

1° soit des troubles dépressifs : obsessions, phobies, états de tristesse profonde avec tendance au mutisme, mélancolie vraie parfois. Ce sont là des troubles qui

demeurent l'apanage presque exclusif des Parkin-  
soniens dont le fond mental est surtout caractérisé  
par une atteinte de la volonté.

2° soit de véritables syndromes psychiques au pre-  
mier rang desquels il faut mettre le syndrome hétéro-  
catatonique.

b) Les troubles mentaux de l'enfant et de l'adoles-  
cent.

« Ce qui dominera au contraire à cet âge, c'est  
la perte de toute inhibition des émotions primaires  
qui a pour conséquence une tendance invincible aux  
actes instinctifs. Ainsi s'expliquent la fréquence et la  
gravité des phénomènes d'excitation d'une part et de  
libération des instincts pervers d'autre part » (Guil-  
lain et Mollaret).

Avec ces deux auteurs, nous diviserons les troubles  
psychiques en deux classes :

1° Un syndrome d'excitation psycho-motrice diffuse  
qui trouve son maximum d'expression dans le syn-  
drome hypomaniaque postencéphalitique des jeunes  
d'observation très courante.

2° Les perversions morales, qui nous occupent plus  
particulièrement.

Ainsi, parmi beaucoup d'autres maladies, l'Encé-  
phalite Epidémique est capable de créer chez un indi-  
vidu un syndrome de perversion morale.

La perversion morale peut donc être constitution-  
nelle ou acquise.

Qu'est-ce donc que la perversion morale ? Les dif-  
férents auteurs qui l'ont décrite, lui ont donné, jusqu'à  
Dupré, chacun un nom particulier. Pinel parle de

manie sans délire ; Prichard, de folie morale ; Schule, de cécité morale ; Trélat, de folie lucide ; Gilbert Ballet, d'anesthésie du sens moral ; Lombroso, de criminel né ; H. Colin, d'anomalie constitutionnelle ; Charpentier, décrit des aliénés à séquestrations multiples ; Bonhomme, des déséquilibrés insociables à internements discontinus ; Grasset, des demi-fous et demi-responsables ; Mairét et Euzière, des invalides moraux. Enfin, Dupré fait triompher le vocable de perversion instinctive.

Nous définirons très simplement ce syndrome, en disant : le pervers moral est un individu anti-social par ses réactions, qui sont le fait d'une libération des instincts mauvais, d'une recherche continue de la satisfaction totale des tendances les plus basses et des appétits les plus égoïstement végétatifs.

Dupré a classé les perversions instinctives en trois groupes distincts :

- 1° Perversions de l'instinct de conservation,
- 2° Perversions de l'instinct de reproduction,
- 3° Perversions de l'instinct d'association.

En réalité, les cloisons ne sont pas étanches, et il est rare de pouvoir classer une manifestation perverse dans un seul groupe.

1° *Perversions de l'instinct de conservation :*

Dupré y fait entrer la tendance au suicide, les excès de toute sorte, tels que : ivrognerie, gloutonnerie, gourmandise, la mythomanie en général.

2° *Perversions de l'instinct de reproduction :*

Erotisme, onanisme, homosexualité, pédérastie.

3° *Perversions de l'instinct d'association :*

Fugues, évasions, désertions,

Inadaptabilité au milieu,

Malignité constitutionnelle, qui pousse l'individu à faire le mal, sous toutes ses formes.

Une des caractéristiques des perversions, consiste en ce qu'elles coexistent le plus souvent avec des facultés intellectuelles normales. Il semble y avoir une indépendance totale entre les possibilités générales d'un cerveau et son aptitude morale.

Dans l'exposé qui va suivre, nous n'aurons en vue que les perversions existant chez un individu précédemment atteint d'Encéphalite Epidémique.

Nous éliminons donc toutes les perversions, séquelles d'Encéphalites qui ne sont pas des Encéphalites Epidémiques comme par exemple, celles pouvant survenir après une Encéphalite due à la fièvre typhoïde, à une pneumonie à une maladie éruptive, comme la rougeole ou la scarlatine à une maladie infectieuse, comme les oreillons, la diphtérie ou la grippe à des réactions postvaccinales, à des maladies autonomes du système nerveux autres que celle due au virus de Netter (1).

---

(1) Nous éliminons donc par la même occasion certaines encéphalites de connaissance plus récente (épidémie de Saint-Louis, encéphalite japonaise) dont la nature est encore mal connue et que l'on ne peut attacher actuellement à l'encéphalite de Von Economo.

Il est d'ailleurs à remarquer que pour toutes ces formes, l'atteinte de l'être moral semble plus bénigne et d'un meilleur pronostic que dans le cas de l'Encéphalite Epidémique. Mais ceci est une autre question.

Nous éliminons également de notre travail tous les troubles psychiques postencéphalitiques qui ne sont pas des perversions, c'est-à-dire les états dépressifs en général, le syndrome hébéphrénocatatonique et même le syndrome hypomaniaque postencéphalitique des jeunes, quoique ce dernier se rencontre très fréquemment en même temps que les Perversions.

## MOYENS D'ETUDE

Si, chez les auteurs qui se préoccupèrent de l'avenir des Encéphalitiques pendant ou peu de temps après les épidémies qui s'échelonnèrent entre 1918 et 1922, on trouve, fréquemment le regret de ne pouvoir mieux juger des suites éloignées, qu'il nous soit permis à nous, au contraire, de dire toutes les difficultés qui sont nées du fait que tant d'années ont passé depuis l'épisode aigu qu'il nous faut incriminer.

Il est extrêmement difficile de faire, quinze ans après, un diagnostic d'Encéphalite Epidémique.

L'interrogatoire du sujet n'a que peu de valeur (la mythomanie est fréquente chez les pervers), l'entourage est souvent inaccessible ou bien ne se rappelle rien de précis, les témoignages médicaux n'ont jamais existé ou n'existent plus.

Nos observations originales, proviennent du Centre de Triage des Mineurs Délinquants de la Faculté de Médecine de Lyon, dirigé par M. le Professeur Etienne Martin.

D'autre part, nous avons trouvé dans la littérature d'assez nombreuses observations qui ne présentent pas le même intérêt du point de vue médico-légal, mais qui nous ont permis d'étudier la physionomie clinique des Perversions Morales postencéphalitiques.



Ce travail nous a paru intéressant, à un double titre :

a) d'une part, du point de vue spéculatif pur, il affirme une fois de plus qu'un processus infectieux frappant un individu, peut aboutir à la création d'un syndrome psychique de Perversion Morale ;

b) d'autre part, pratiquement, deux problèmes très importants sont abordés :

1° celui du pronostic de l'Encéphalite Epidémique et de ses séquelles.

2° et sous l'angle médico-légal, le problème des mesures sociales à prendre en présence de ces Perversions Postencéphalitiques.

---

## CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

qui président à l'installation des perversions postencéphaliques et leur situation par rapport aux autres séquelles de l'Encéphalite Epidémique.

---

I. — FRÉQUENCE. — Dans la littérature, nous avons trouvé un assez grand nombre d'observations de sujets ayant présenté des perversions morales, après une atteinte d'Encéphalite Epidémique.

Péhu et Bonafé, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, au début de 1922, en rapportent quelques-unes. Truelle et Petit, au Congrès de Quimper, la même année, en donnent plusieurs où l'on retrouve les éléments caractéristiques du syndrome : fugues, vols, mythomanie, violences, exhibitionnisme. Briand et Reboul-Lachaux, ont recueilli six cas d'enfants postencéphaliques turbulents et méchants. Kahn et Gilbert Robin, publient chacun une histoire de mythomanie.

La thèse de Kostitch (1923), contient trois observations inédites. On peut trouver encore : un cas d'érotisme, un cas de perversions sexuelles, un de violences et un de rébellion, dans le rapport d'Adam et Frey, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Besançon, en 1923.

L'année suivante, Carrette rapporte un cas de suicide et violences et un cas de vols multiples et de fugues. Cenac publie un cas d'exhibitionnisme ; Reboul-Lachaux et Mlle Serin, une observation de violences et provocations sexuelles chez une jeune fille de 19 ans. Wimmer, un cas avec vagabondage, un avec érotisme et puberté précoce chez une fillette de 14 ans.

En 1925, Dupouy et Abely relatent un cas d'exhibitionnisme.

L'année suivante, Laignel-Lavastine et Morlaas, un cas de masturbation impulsive sur un chien ; Mlle Rossi réunit 12 observations ; Heuyer : 14 cas de perversions ; Roger, Reboul-Lachaux, Pourcine : fugues, grossièretés violences et attouchements sexuels sur les gens et les animaux chez une fillette de 13 ans. Laignel-Lavastine et Vinchon rapportent des cas de fugues, vols, violences, attentats aux mœurs, mensonges, indiscipline et mythomanie chez des enfants.

Heuyer cite une Parkinsonienne sept fois condamnée pour vol. Fribourg-Blanc, au Congrès de Médecine Légale de 1928, publie 40 observations, où l'on trouve par ordre de fréquence : des vols, de la rébellion, de l'indiscipline et des violences, des fugues et du vagabondage, des tentatives de suicide, des perversions sexuelles, de la mythomanie et deux tentatives de meurtre.

La thèse de Menger (1929) apporte 26 cas typiques qu'il classe sous six rubriques : instabilité et fugues, irritabilité morbide, violences, tentatives de suicide et actes impulsifs, vols, mendicité et grivèlerie, indis-

cipline et rébellion, mensonges et mythomanie, et enfin : perversions sexuelles, attentats aux mœurs.

Cruchet donne l'observation d'un jeune homme de 19 ans, violent, grossier, insupportable, exhibitionniste, malpropre, querelleur, obsédé et impulsif. Schiff et Trelles (1931), celle d'un homosexuel.

Heuyer, dans la Semaine des Hôpitaux de Paris ; Schachter, dans le Progrès Médical (1931) ; Toulouse, Courtois et Dufet, dans les Annales médico-psychologiques (1932), Le Guillant, dans la Semaine des Hôpitaux de Paris (1932) ; Roubinovitch, dans le Progrès Médical (1932) ; Schachter, dans la Revue Médicale Française (1933) ; Le Guillant, dans les Annales médico-psychologiques (1935) ; H. Claude, P. Sivadon et J. Ajuriaguerra, dans les Annales médico-psychologiques et enfin, G. Robin, dans Hôpital (1938), ont traité, dans leurs articles, des perversions morales postencéphaliques et ont publié de nombreuses observations.

Mais elles concernent des sujets dont l'âge est très variable et, si elles nous ont beaucoup servi pour étudier le fait cliniquement, nous ne pouvons pas nous en inspirer pour donner un ordre de grandeur de leur fréquence.

Par contre, Vanhems, dans une thèse récente, a fait une étude statistique portant sur 1150 observations de mineurs délinquants réunies au Centre de Triage de la Faculté de Médecine de Lyon et n'a rencontré que 4 cas de perversions morales postencéphaliques.

C'est donc une forme de perversion relativement rare.

Mais il faut souligner que cette rareté est due surtout au fait que la grande période épidémique de l'Encéphalite se situant entre 1917 et 1922, les sujets atteints à cette époque, ont une vingtaine d'années actuellement et, par conséquent, échappent à l'investigation du Centre de Triage, qui ne s'occupe que des mineurs.

II. — Par rapport aux autres perversions, elle est rare également. La thèse de Vanhems donne les chiffres suivants : sur 942 garçons, 50 pervers instinctifs, soit 5 % environ. Parmi eux, il n'y a que 3 pervers postencéphalitiques. Ce qui fait que sur 100 pervers, on ne rencontre que 6 postencéphalitiques. C'est une très faible proportion.

Par rapport aux autres séquelles de l'Encéphalite Epidémique, le syndrome de perversion morale n'est pas très fréquent non plus. Il est infiniment plus rare que le Parkinson.

III. — Y a-t-il une liaison entre la forme clinique de l'atteinte aiguë et l'apparition ultérieure de perversions morales ?

Oui, semble-t-il. Les formes périphériques de l'Encéphalite Epidémique ne donnent pas de troubles de la personnalité morale. Nous n'en avons pas rencontré d'observation. Toutes celles que nous avons lues concernaient des formes cérébrales avec léthargie, myoclonies, diplopie, etc...

Un fait capital, déjà bien mis en lumière, par Von Economo, d'un point de vue plus général, c'est que l'Encéphalite Epidémique détermine l'apparition de

désordres moraux surtout lorsqu'elle frappe un sujet jeune. C'est l'inverse pour le syndrome de Parkinson, qui marque une prédilection pour les individus ayant subi l'atteinte aiguë lorsqu'ils étaient adultes.

IV. — DATE D'APPARITION. — Il est difficile de l'apprécier. Les troubles du caractère s'installent très progressivement le plus souvent. Il n'y a que très rarement un changement brutal du comportement. D'autre part, les premières manifestations de l'atteinte morale, n'entraînent presque jamais l'intervention médicale, parce que l'entourage reste longtemps sans s'apercevoir que la turbulence, l'irritabilité, les troubles de l'affectivité, de l'émotivité, la tendance au mensonge, l'impulsivité et l'instabilité, sont pathologiques. On parle de « caractère difficile », de « mauvaise tête », mais on en reste là. Ce n'est que lorsque l'enfant commencera à avoir une existence sociale autonome, que ses tendances le conduiront au délit ou même au crime.

C'est pour cette raison, que nous nous autorisons à dire que des perversions morales postencéphaliques apparaissent vers l'âge de 10 à 12 ans. Du moins, ce n'est qu'à cette époque qu'elles présentent un intérêt social et médico-légal.

V. — LE TERRAIN. — L'étude de toutes les observations que nous avons lues, nous a permis d'arriver aux conclusions d'ensemble suivantes :

Dans la grande majorité des cas, les antécédents héréditaires et collatéraux ne présentaient rien de particulier.

On a noté quelquefois chez les sujets, antérieurement à leur atteinte d'Encéphalite, une prédisposition nette sous forme d'un certain degré de perversion constitutionnelle. Menger la rencontre trois fois sur 26 observations. Il y a alors aggravation.

On a trouvé aussi des signes de dégénérescence mentale dans quelques cas.

Les vices de l'éducation, les milieux familiaux dissociés ne sont pas non plus très fréquemment rencontrés.

En somme, nous avons l'impression que les prédispositions antérieures sont l'exception, tandis que l'absence de prédisposition est la règle.

Le sexe, par contre, semble jouer un rôle : les garçons sont atteints plus souvent que les filles.

VI. — LES ÉLÉMENTS ASSOCIÉS. — Nos trois observations personnelles concernent toutes les trois, des sujets dont les perversions représentent la seule séquelle de l'Encéphalite Epidémique qu'ils ont contractée dans leur première enfance.

Dans la littérature, par contre, l'association avec d'autres troubles neurologiques n'est pas rare : le plus souvent, il s'agit de signes de la série parkinsonnienne (14 fois sur 26 chez Menger) ; les troubles du sommeil et les troubles oculaires ont, additionnés, à peu près la même fréquence.

Les autres troubles psychiques postencéphalitiques coexistant avec un syndrome de perversion, nous ont paru très rares. Les troubles endocriniens sont rencontrés quelquefois. Kostitch signale la possibilité de l'apparition d'une adiposité assez importante.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION N° 1

---

Joannès Ch..., est né le 5 décembre 1922 à la Charité, à Lyon. Son père est inconnu. Sa mère fait des ménages ; elle est en bonne santé mais sourde. Elle s'est mariée avec un employé de la ville, cantonnier, qui est bien portant et qui a reconnu l'enfant à l'âge de 4 ans et demi.

Il n'a ni frère ni sœurs.

Pas d'antécédents collatéraux.

A l'âge de 2 ans, il a été atteint d'une encéphalite léthargique qui fut soignée à la nourricerie du Vinatier. Il a dormi pendant quinze jours consécutifs.

On note chez lui de l'énurésie qui a persisté jusqu'à l'âge de 8 ans.

A 6 ans, il a été opéré pour un torticolis spasmodique.

Mis en classe, il n'obtient pas de brillants résultats. Sa turbulence, son indiscipline le font successivement renvoyer de trois établissements. Ses parents ne pouvant le surveiller, il est souvent dans la rue du matin au soir.

En 1933, il fait l'objet d'un premier examen du Centre de Triage des Mineurs délinquants : l'avis médical est

sollicité par l'Ecole de Sacuny-Brignais. Le rapport ne relève qu'un retard scolaire notable. Il ajoute « Pourrait être développée intellectuellement et physiquement par des méthodes pédagogiques adaptées à son retard scolaire ». 10 mai 1933.

Il est renvoyé de l'Ecole de Sacuny-Brignais pour indiscipline.

Les parents tentent alors de le placer à différentes reprises comme berger : personne ne veut le garder car il part en abandonnant le troupeau qui lui est confié.

Il est mis enfin chez ses grands-parents en Savoie. Mais ceux-ci sont incapables de le surveiller et de l'élever correctement. Le 26 août 1935, il entre dans le clapier d'un voisin et tue 9 lapins qu'il dépèce avec les mains. Appréhendé, il nie d'abord puis fournit de son geste une explication invraisemblable, disant qu'il a tué les lapins du voisin pour se venger de son oncle qui l'avait giflé.

Au cours de l'enquête, les gens du village, interrogés, sont unanimes à reconnaître que cet enfant ne cherche que des sottises à faire. Chez l'un d'eux, le jeune Ch... a détruit onze nids d'hirondelles.

A la suite de cet acte, une information judiciaire est ouverte. Ch... est examiné par le Professeur Etienne-Martin, qui établit un rapport en date du 21 avril 1936. L'enfant a 14 ans.

Ce rapport conclut :

« L'examen de cet enfant, montre qu'il s'agit d'un débile mental, dont la mémoire est très peu précise et qui donne des explications tout à fait enfantines de ses actes. Il est sujet à des impulsions conscientes, qui créent chez lui un état d'instabilité très marqué. Il est incapable de fixer son attention, de se livrer à un travail suivi, même le plus rudimentaire, tel que celui qui consiste à garder

les animaux. Cet état d'instabilité nécessite une surveillance constante que les parents sont incapables de lui assurer et qu'aucune maison consacrée à l'éducation des enfants ne voudra assurer.

« Au point de vue physique, il existe un infantilisme génital qui montre l'insuffisance des glandes endocrines. Il y a de l'asymétrie crânienne et quelques signes physiques de dégénérescence.

« En somme, l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés et l'examen médico-psychologique du mineur Ch... montrent qu'il est atteint de débilité mentale avec instabilité, perversions instinctives consécutives à une atteinte d'encéphalite léthargique, remontant à l'âge de 2 ans. L'instabilité mentale et l'impulsivité rendent l'éducation de ce mineur très difficile. Aucune institution pour l'éducation des enfants ne veut le prendre en charge. Ses parents sont incapables d'assurer la surveillance que cet état nécessite.

« A mon avis, ce mineur devrait être placé dans une maison d'éducation surveillée. On éviterait ainsi toute récidive et tout acte dangereux de sa part. »

Cet avis ne fut pas suivi par le Tribunal pour Enfants et Adolescents de Lyon, qui estima que les parents présentaient des garanties suffisantes.

Le 24 avril 1936, l'enfant est de nouveau dans la rue.

En passant devant une allée, il aperçoit une bicyclette. Il n'hésite pas, la vole, s'en sert toute la journée et s'en débarrasse le soir en la déposant dans une autre allée.

Pour ce vol, il est arrêté, passe de nouveau devant le Tribunal, qui décide de le placer à la Colonie Agricole pénitentiaire de Mettray.

Il reste là neuf mois. Puis l'école est fermée. Il passe alors devant le Tribunal de Tours qui, sans enquête très approfondie, le remet en liberté. Il regagne Lyon en vagabondant et en mendiant. Cela dure quatre jours et lui

rapporte 150 francs, qu'il dépense aussitôt pour aller au cinéma. De nouveau chez ses parents, il reprend sa vie oisive. Sa principale occupation est de « traîner les rues ». Il aime beaucoup aller au cinéma mais n'a pas d'argent. Il veut s'en procurer à tout prix. Il décide de cambrioler les trônes des églises.

C'est ainsi, qu'au mois de juin 1937, vers la fin de l'après-midi, il entre dans l'église de Caluire, afin de faire main-basse sur l'argent qu'il pourra trouver. Il entend du bruit et voit le sacristain près de l'harmonium. Désireux d'opérer sans témoin gênant, il saisit un lourd chandelier de cuivre, s'approche de l'homme en se dissimulant et, par derrière, le frappe violemment à la tête. Le coup est manqué, le sacristain n'est qu'à demi assommé, il crie, on accourt et Ch... se sauve. Il n'est arrêté que quelques heures plus tard, dans un autre quartier de la ville. Sa première réaction sera de nier gauchement sa tentative de meurtre.

Il est alors conduit à la prison Saint-Paul, où le Docteur Condomine l'examine au point de vue mental.

De là, il est transféré à la prison de Fresnes, puis à la Maison d'Education surveillée de Fresnes. Une nuit, ayant fait du bruit et une tentative de fugue, on l'envoie au quartier de correction. Malgré les remontrances successives des surveillants, il continue à faire du bruit. On l'expédie alors à l'infirmerie spéciale du Dépôt de Paris, puis de là, à la Colonie de Vaucluse. S'étant battu avec un de ses co-détenus, qu'il blesse assez gravement, il est interné à l'asile de Vaucluse, avec le certificat d'admission suivant : « Déséquilibre psychique avec perversions instinctives graves. Vient de la Maison d'Education surveillée de Fresnes, à la suite d'une tentative de meurtre qu'il a cimmise dans la région lyonnaise sur la personne d'un sacristain. Sujet dévoyé et récidiviste, ayant fait un séjour à la Colonie agricole de Mettray, et antérieurement

condamné pour vagabondage. Fugues récentes vols multiples. Réactions brutales envers les autres enfants, à qui il donne de mauvais conseils. Sujet à surveiller, physiquement vigoureux ».

De là, pour des raisons administratives, il est renvoyé à l'asile de Bron, où il entre le 26 février 1938.

À l'examen, on note :

Jeune garçon de 15 ans, bien constitué, en excellente santé. Cicatrices d'intervention pour torticolis spasmodique dans l'enfance.

Cœur et poumons : R. A. S.

Réflexes cutanés et tendineux normaux.

Développement sexuel sensiblement normal.

Asymétrie cranio-faciale.

Examen des urines : sucre : 0.

albumine : 0.

Dans le sang : B. W. : négatif.

Kahn : négatif.

Meinicke : négatif.

Dans le liquide céphalo-rachidien :

Cytologie : à la cellule de Nageotte, on compte moins d'un élément blanc par mm<sup>3</sup>.

Chimie : Albumine : moins de 0 gr. 30 par litre.

Sucre : pas d'hyperglycorachie.

Le 10 octobre 1938, on note :

Très pénible dans le service ; provoque des bagarres. Ne travaille pas. N'est pas assidu à la tâche qu'on lui donne. Il paraît regretter ses actes délictueux, mais on peut se demander si ces regrets ne sont pas dictés par le désir de sortir de l'asile.

Le 14 juin 1939, nous avons pratiqué nous-même l'examen médico-psychiatrique de ce sujet à l'asile de Bron, avec l'autorisation de M. le Docteur Brunerie, Chef de

Clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine, que nous remercions pour l'amabilité avec laquelle il nous a reçu et communiqué tous les renseignements que nous sollicitons.

Les gardiens que nous avons d'abord interrogés, nous ont dit que Ch... était un gros facteur de désordre dans sa division : il est violent, fait des farces cruelles à ses camarades, provoque souvent des bagarres. De plus, il faut le surveiller au point de vue sexuel. Il cherche à avoir des rapports avec les autres malades et fait du prosélytisme.

Mis en présence de Ch..., ce qui nous frappe tout d'abord, c'est une espèce d'indifférence. Il ne s'inquiète pas de savoir pourquoi nous l'interrogeons, il ne pose pas de questions. Il dit que recevoir une visite lui procure de la distraction et l'aide à passer le temps. Il semble se désintéresser de son sort.

Au point de vue mental, on constate que son jugement est rudimentaire, ses facultés d'association peu développées. Son attention paraît diminuée : il faut lui répéter les questions qu'on lui pose pour obtenir une réponse. Par contre, sa mémoire est très bien conservée : il nous raconte, très correctement, ses aventures, n'a pas oublié les dates, nous reprend lorsque nous faisons une erreur dans le détail de ses pérégrinations.

Son instruction est assez rudimentaire ; il n'a jamais eu son Certificat d'Etudes Primaires. Mais, lorsqu'on le lui fait remarquer, il invoque son manque d'assiduité et ses changements d'écoles, d'où on le renvoyait en raison de sa turbulence.

Il aime beaucoup le cinéma, cite les nombreuses salles de quartier où il a vu d'innombrables films. C'est pour pouvoir aller jusqu'à trois fois par jour au spectacle qu'il a voulu voler le contenu des troncs dans les églises.

Les 150 francs qu'il a recueillis en mendiant, au cours de son épisode de vagabondage, il les a intégralement dépensés « pour voir des films », dont il nous donne quelques titres : Tarzan, Escrocs de haut vol, Veille d'armes. Les joyeux compagnons.

Nous ne pensons pas que ce soit là qu'il ait puisé la tentation de faire le mal : il aime le cinéma, en tant que spectacle : il ne s'inspire pas de l'action des personnages pour se conduire dans la vie. Ce qu'il recherche, c'est quelque chose qui l'enlève un peu à son atmosphère habituelle, la rue. Le pouvoir criminogène du cinéma ne semble donc pas en cause chez lui.

Il n'aime pas lire et n'a jamais recherché les journaux dits « policiers ».

Ses facultés affectives sont perturbées : outre l'indifférence pour son sort présent, il ne s'émeut guère lorsqu'on parle de ses victimes. Le souvenir des lapins et du sacristain ne le trouble pas. Il semble ne pas comprendre qu'on prenne tant d'intérêt à une chose aussi peu importante que la vie de neuf lapins. Quant au sacristain, il dit qu'il doit aller très bien, puisqu'il ne l'a pas assommé entièrement.

Cependant, il dit aussi aimer beaucoup sa mère et éprouver du plaisir à la voir lors de la visite qu'elle lui rend tous les quinze jours.

Il prétend qu'il regrette ses actes délictueux, mais il le fait avec si peu de conviction, qu'on est immédiatement tenté de croire qu'il ne le pense pas. Pourtant, il voudrait, pour racheter ses fautes, s'engager dans l'Infanterie Coloniale, à sa sortie de l'Asile, afin d'essayer de « se redresser ».

Il avoue être irritable, se mettre très facilement en colère, prendre plaisir à taquiner ses camarades, à leur jouer des mauvais tours. Souvent, il se bat dans la cour

avec les autres malades, mais il n'aime pas être le moins fort.

Il dit qu'il veut bien travailler et qu'on est content de lui quand on l'emploie. Ce n'est pas l'avis de ceux qui lui confient de l'ouvrage : il s'arrête vite, abandonne aussitôt commencées les tâches qu'on lui donne et qui ne sont cependant jamais pénibles ni compliquées. Il passe ses journées dans la cour, cherchant seulement à faire des farces.

Une autre de ses occupations favorites, trop fréquente, est de se masturber seul ou en compagnie d'autres malades qu'il entraîne et essaie de sodomiser.

Il avoue être menteur. Il ment le plus souvent pour essayer d'échapper à une punition : il a nié tout d'abord à ceux qui l'interrogeaient être l'auteur du massacre des lapins ; il ne voulait pas reconnaître la tentative de meurtre commise à l'église de Caluire lorsqu'on l'a arrêté. A l'Asile, il ment fréquemment et charge ses camarades lorsqu'il y a eu du bruit ou des disputes dont il est le principal responsable.

Chez lui, le sens moral n'est pas complètement aboli : il sait qu'il y a des actes qu'on ne commet pas. Mais son impulsivité l'empêche de réfréner ses instincts et il succombe immédiatement à n'importe quelle mauvaise tentation. Lorsqu'il s'est rendu coupable d'un acte répréhensible, il le regrette, mais il recommencera tout de même lorsqu'il sera de nouveau sollicité par une tentation.

Ses impulsions dangereuses se manifestent surtout à la fin de l'après-midi. Le reste du temps, il est plus calme et songe moins à mal faire.

Nous n'avons pas trouvé chez lui cette « importunité assidue » qu'ont décrite beaucoup d'auteurs. Ch... est resté sagement assis pendant que nous l'interroignons. Il

ne nous accablait pas de questions, restait plutôt silencieux, ne répondant qu'à ce que nous lui demandions, n'essayant pas de voir ce que nous écrivions. Il était très « convenable ».

Un autre caractère très marqué chez Ch..., c'est son inintimidabilité, qui a tendance à augmenter avec le temps. Lors de son premier séjour en prison, à l'occasion de son vol de bicyclette, il s'est présenté comme un émotif, il pleurait, il essayait de s'appliquer afin de donner satisfaction à l'instituteur de la prison, faisait un effort pour comprendre les leçons et obtenait des résultats. Actuellement, son indifférence prime tout : peu lui importe ce qu'on peut penser de lui. Il ne se donne plus la peine de paraître vouloir bien faire. A certains égards, on peut même se demander si cette indifférence pour ce qui l'entoure, ce reploiement sur soi qui s'accroît, cette inintimidabilité, cette absence presque totale de sens moral et aussi une certaine stéréotypie dans les phrases dont il se sert, ne seraient pas les signes d'une schizophrénie à l'extrême début de son évolution.

Peut-on parler de grosse débilité mentale chez cet individu ? Non. C'est un débile mais un débile léger, dont la déficience, nous a-t-il semblé, est surtout en rapport avec un défaut d'instruction.

En résumé, il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui a eu une encéphalite épidémique à l'âge de 2 ans. Très tôt, il s'est fait remarquer par des troubles du caractère : turbulence, agitation, indiscipline, colères, violences. Fugueur, vagabond et mendiant, instable, il a fait des séjours nombreux dans différentes maisons de correction. Méchant, cruel avec les animaux, il est l'auteur d'une tentative de meurtre. C'est un impulsif, que le sens moral, diminué, mais non aboli, accompagné d'une affectivité paradoxale, ne suffit pas à freiner.

Mal éduqué, paresseux, il présente, en outre, des perversions sexuelles (masturbation, homosexualité).

Il est menteur, mais une légère débilité mentale l'empêche d'être un mythomane dangereux.

Antisocial, il ne semble pas s'être amélioré depuis son entrée à l'Asile de Bron.

Il ne présente aucune séquelle neurologique de son encéphalite épidémique.

---

#### OBSERVATION N° 2 (1)

Marguerite Charlotte V... est née en 1918, de parents cultivateurs, dans la banlieue lyonnaise. Le père, alcoolique notoire, s'entendait très mal avec sa femme. Il quitta définitivement son foyer, alors que Charlotte était âgée de 7 ans. La mère est honorablement connue ; c'est une femme active, travailleuse, de conduite et de réputation satisfaisantes. Jouissant d'une bonne santé habituelle, elle a eu quatre enfants : 2 filles et 2 garçons. A noter cependant un accouchement prématuré à 7 mois : enfant mort. C'était la cinquième grossesse. Sa mère, la grand'mère maternelle de Charlotte, a présenté à partir

---

(1) Cette observation est due à l'obligeance de notre camarade, le Docteur MARTIN.

de 45 ans plusieurs accès de psychose maniaco-dépressive, avec alternance régulière d'états maniaques et mélancoliques, séparés de quelques mois par des phases de calme. Elle avait toujours été de caractère violent, cherchant facilement querelle à son entourage, montrant une affectivité réduite.

La sœur aînée, actuellement âgée d'une trentaine d'années, était un sujet d'intelligence peu vive et d'un caractère plutôt débonnaire. Il semble s'agir d'une débile dont l'enfance fut calme, mais placée vers 20 ans chez une « péripatéticienne » arrivée, elle fut débauchée par celle-ci. Cette sœur Charlotte se montra bonne élève et on peut la trouver exerçant actuellement à Lyon la prostitution. Ces détails prennent leur valeur dans le fait que Charlotte aimait bien sa sœur et s'en fut, au moment opportun, prendre auprès d'elle, des avis « éclairés ».

Les deux frères paraissent s'être jusqu'à présent montrés de caractère et de moralité très satisfaisants. L'un d'eux, qui accomplit actuellement son service militaire, est noté comme excellent soldat, discipliné, actif et, paraît-il, intelligent.

Grossesse normale. Accouchement normal.

Charlotte fut atteinte à l'âge de 5 mois, d'une affection étiquetée « grippe espagnole », mais qui semble, d'après la description de sa mère, avoir comporté des éléments d'allure encéphalitique. Il est à remarquer que l'enfant n'a marché qu'à 2 ans. Elle a parlé et a été propre à un âge normal. Elle n'a jamais eu de convulsions. Pas de maladies d'enfance graves.

Dès sa plus tendre enfance, elle révèle un caractère simplement odieux : menteuse, coléreuse, grossière dans ses paroles, brutale dans ses gestes ; elle témoigne à l'égard de sa mère d'une absence complète d'affectivité. Un jour, celle-ci tombe devant sa fille : « Pas de chance que tu puisses te tuer, va ! dommage ! ».

Elle renverse les tables, casse les assiettes, les objets fragiles à la moindre contrariété, s'arrache les cheveux, trépigne, crie et mène un train infernal.

Elle était pourtant active, d'intelligence vive, apprenant facilement en classe, recherchant la société de ses camarades et surtout l'occasion de se mettre en scène par quelque éclat de fait ou de bavardage.

Précocement, elle témoigne d'un naturel à la fois avide et paresseux. Elle demandait beaucoup, ne donnait jamais, ne travaillait qu'à ce qui lui plaisait et pouvait la faire remarquer. Les travaux de campagne, bien entendu, elle les méprisait et s'y refusait.

Malgré une indiscipline effarante, elle passe son Certificat d'Etudes Primaires avec mention bien : « Les travaux de l'esprit, c'était à ma hauteur ».

A 13 ans, elle se place comme domestique; six mois plus tard, elle quitte la place, renvoyée. On la met à Saint-Michel ; les Sœurs se refusent à la garder.

A ce moment, son excitation permanente, ses violences quotidiennes la font conduire dans le service de M. le Professeur Lépine, à l'Hôpital Edouard-Herriot, puis à Bron, avec les diagnostics successifs suivants :

« Troubles névropathiques chez une perverse au moment des règles.

Signes certains de déséquilibre mental : impulsions violentes, négativisme, interprétations pathologiques et des heures d'agitation vive » (Docteur Bourrat).

« Périodes d'énervement rythmées par les règles, violente, casse les vitres, se bat, etc...

Déséquilibrée impulsive, tendances perverses. »

Entrée à Bron, le 12 février 1934, elle en sort le 26 novembre. Elle revient chez elle, y demeure un an, se place à nouveau comme domestique, est renvoyée au bout d'un mois et demi.

De retour à la maison, elle est placée à nouveau, mais congédiée au bout de six mois. Elle fait un deuxième séjour à l'hôpital. Elle s'y montre odieuse et intrigante, bat les infirmières, accuse un infirmier de l'avoir violée dans le service. Elle part pour le Château des Halles.

Les premiers rapports sexuels, elles les a eu en sortant de Bron, avec le fils d'un employé de l'Asile : « C'était, nous explique-t-elle, un marteau ». Elle avait 16 ans.

Elle commence à se livrer à la prostitution à 19 ans : « J'ai décidé cette affaire moi-même. Ma sœur m'a donné les tuyaux. Il me fallait de l'argent, des nippes chouettes ».

Examen somatique :

Charlotte V... est de taille moyenne, 1 m. 55 environ, de type ovoïde, plutôt grosse, brune de son teint naturel. Elle n'a pas de stigmates apparents de dégénérescence ni d'hérédo-syphilis. A retenir les troubles endocriniens, ovariens, signalés pendant son hospitalisation et plutôt aggravés : règles très irrégulières dans leur apparition, dans leur durée.

Pas de goitre. Pas de signes de Basedow.

Aucun trouble vaso-moteur.

Actuellement, traitée pour une syphilis ; a été en outre traitée à plusieurs reprises pour métrite, annexite, d'origine gonococcique.

Elle se dit enceinte de deux mois.

Au point de vue cardiaque, digestif, pulmonaire, rien à signaler.

Examen neurologique négatif, réflexes un peu vifs, égaux. Réflexes pupillaires normaux.

Examen mental :

Allure vive et décidée, prolixité verbale, physionomie d'expression mobile, mouvements et agitation en rapport avec sa loquacité ; on pourrait presque parler d'instabilité motrice.

Le développement intellectuel de niveau normal, ne permet certainement pas de parler de débilité, mais bien au contraire d'intelligence plutôt vive : les réparties sont rapides, les détails abondent, l'imagination et la mémoire sont certes sans signes d'arriération. Par contre, le jugement paraît précaire, mais il est malaisé de faire la part des troubles affectifs et la part de la déficience du jugement dans la personnalité actuelle. En effet, les troubles de caractère affectif actif sont tels qu'ils se situent évidemment au premier plan et suffisent à effacer aisément un jugement normal.

C'est une vaniteuse : « Les travaux intellectuels, c'est à ma hauteur. J'arriverai où je voudrai, et quand on me résiste, ça chauffe. J'ai toujours le dessus, moi, et si on m'embête, on me trouve », etc...

— elle est méfiante : « Je n'ai confiance en personne, je me débrouille toujours seule »,

— elle est une inadaptée et une inadaptable. Elle le montre assez par son histoire de perpétuelle révoltée.

Depuis toujours, elle s'est fait remarquer par son activité sans mesure, dépassant l'utilité des actes, des gestes, des paroles.

Il est intéressant de rappeler l'hérédité cyclothymique grand'maternelle. La mère de Charlotte nous déclare : « Ma fille, c'est le portrait de sa grand'mère »

D'affectivité, de bonté, il semble bien qu'elle en soit dépourvue et pour sa mère en particulier, il faut parler de méchanceté consciente, voulue, recherchée.

Elle s'inquiète bien plus d'étonner, d'attirer l'attention que de rechercher les avantages de la vie en commun, de la société. En rébellion contre tout et contre tous, il ne s'agit dans ses paroles que de « ses volontés, ses besoins, ses exigences ». Elle n'a aucun sens social. Dans son milieu même, elle fait à l'entre-aide la plus petite part, celle de la nécessité et du profit calculé,

Elle n'est absolument pas émotive ; elle n'a de l'émotivité ni les signes objectifs, ni le comportement, ni les éléments psychiques.

Enfin, le sens moral paraît représenter une notion qui ne trouve aucune commune mesure avec la personnalité et le comportement de Charlotte V... Elle a su, on lui a dit qu'il existait des mots de bien, de mal ; ce sont des mots qu'elle ne rattache à rien : « Je ne fais de mal à personne, je ne demande qu'une chose, c'est qu'on me f... la paix ».

En résumé, on trouve chez ce sujet un ensemble de symptômes qui suffisent pour affirmer le diagnostic de perversion morale :

Colère, violence, irritabilité, instabilité, impulsivité, affectivité pratiquement abolie et surtout prostitution, forment un ensemble symptomatique caractéristique, que complète encore l'absence totale de sens moral qui contraste avec une conservation intégrale des facultés intellectuelles.

La notion d'encéphalite épidémique antérieure permet de classer ce sujet parmi les pervers moraux postencéphaliques.

---

### OBSERVATION N° 3

---

Louis G..., est né le 24 février 1920, à Lyon. Il est pour-suivi pour vols.

Son père, âgé de 42 ans, jouit d'une bonne santé. Il a été mobilisé pendant la guerre. Depuis 8 ans, il travaille dans la même maison comme dessinateur. C'est un homme sobre, qui a toujours donné satisfaction à ses employeurs.

Sa mère a 40 ans. Elle est bien portante. Elle a eu huit accouchements normaux, pas de fausse couche. A nourri ses enfants au sein. Corsetière, elle a toujours travaillé chez elle. C'est une bonne maîtresse de maison. Elle serait d'une famille de neuf enfants, dont trois seulement sont encore vivants. Deux sont morts de tuberculose pulmonaire.

Frères et sœurs :

Henri, né le 17 septembre 1914. Actuellement au service militaire. Bons renseignements.

Georges, né le 27 mai 1917. Vit chez ses parents. Bonne santé. Travaille régulièrement.

Renée, née le 25 février 1923. Décédée à 8 jours.

Paul, né le 28 mai 1925. Mort à 4 ans et demi d'une broncho-pneumonie.

Jean, né le 12 janvier 1927. A fait un séjour au pré-ventorium de La Chaux.

Marguerite, née le 23 septembre 1929. Bien portante.

Pierre, né le 17 août 1933, d'aspect chétif mais d'assez bon état général.

Louis G... est né à terme. Il pesait 3,500 kg. Il a marché à un âge normal.

A 3 ans (1923) : atteint d'encéphalite épidémique, accompagnée de crises convulsives.

L'enfant a parlé tard, vers 6 ans, et avec difficulté : tendance au bégaiement. Il a eu la rougeole, la coqueluche et la varicelle.

Placé à l'Orphelinat de Taluyers, puis à l'école professionnelle de Sacuny, il a peu profité de ses études. Il sait lire, mais à peine écrire.

Dès le plus jeune âge, à 4 ou 5 ans, il a présenté une tendance morbide au vol : il fallait le surveiller lorsqu'il était dans un magasin ou passait près d'un étalage. Il volait n'importe quoi. Ses parents ont tout essayé pour faire disparaître cette manie, mais sans résultat. La nuit, à la maison, il se levait sans bruit et allait dérober du sucre, des friandises et même des objets quelconques dans les placards.

Il reste trois ans à Montfavet (Vaucluse). De nouveau, il est mis à l'école de Sacuny-Brignais. Après deux ans, il fait une fugue et quitte définitivement cet établissement.

Ses parents décident alors de le faire travailler. Ils le placent chez un charpentier de Lyon, comme garçon de courses. Il y reste cinq mois, puis il est renvoyé, à cause de sa paresse.

Il entre alors chez un imprimeur. Son séjour dure un an et demi. Ses parents le retirent et le placent de nouveau comme garçon de courses, en janvier 1936, dans une maison de commerce lyonnaise. Il gagne 15 francs par jour.

Le 15 juin 1936, son patron l'envoie chercher des appareils dans un magasin. Au moment où il entre, il n'y a

personne. Il attend un instant, puis, écrit-il : « mes yeux se fixèrent sur le sac de la dactylo » qui était resté là, accroché derrière le tiroir-caisse pendant l'absence de sa propriétaire. Après avoir hésité un moment, il « se laisse tenter par cette tentation ». Il prend le sac, le fouille, dérobe les 80 francs qui s'y trouvent. Il cache l'argent et se débarrasse du sac en le jetant dans la rue.

Ce premier vol important n'est pas découvert.

Le 2 juillet suivant, sur l'ordre de son patron, il se rend dans l'atelier d'un électricien de la Guillotière. L'atelier est désert. En le traversant, il remarque que, de la poche d'un pantalon accroché à un porte-manteau, dépasse un portefeuille. Il vérifie qu'il est bien seul et vole le portefeuille, qui contient 800 francs. Comme la première fois, il cache l'argent.

C'est pour ce dernier délit qu'il est arrêté. Interrogé, pressé de questions, il avoue le premier et doit restituer l'argent.

Il déclare qu'il a agit dans l'intention de s'offrir quelques sorties avec ses camarades et de pouvoir aller au cinéma, qui est sa distraction favorite.

Ses parents, interrogés, affirment que depuis plusieurs mois, il n'avait plus jamais fait de fugues, qu'il rentrait chez lui à des heures régulières et qu'ils ne lui connaissaient aucune fréquentation douteuse.

Nous n'avons pas vu cet enfant nous-même. Mais le simple récit de ses pérégrinations, nous montre qu'il s'agit d'un instable, ayant souvent changé d'employeur et d'école. C'est un fugueur : il s'est échappé de l'école de Sacuny-Brignais.

Mais sa perversion dominante est une tendance morbide à voler. Dès son plus jeune âge, il s'est exercé : d'abord à la maison où il cambriolait les placards; ensuite, dans la rue, en volant aux étalages; enfin, d'une façon plus grave, en dérobant de l'argent.

Au point de vue intellectuel, on note une débilité mentale assez nette. Il n'a jamais eu son Certificat d'Etudes Primaires, quoiqu'il ait fréquenté l'école à peu près régulièrement, de 6 à 13 ans.

L'examen somatique est entièrement négatif.

Le rapport du médecin du Centre de Triage, conseillait d'orienter cet enfant vers une profession agricole.

L'enfant a été libéré le 16 juillet 1936, et confié à sa famille, dont la situation est bonne et qui présente toutes les garanties de moralité désirables.

En résumé, il s'agit là aussi d'un syndrome de perversions instinctives avec fugues et cleptomanie chez un sujet jeune, sans aucun antécédent héréditaire, vivant dans un très bon milieu, mais frappé, dans sa première enfance, par une atteinte d'encéphalite épidémique.

---

## DESCRIPTION GÉNÉRALE

On ne saurait nier actuellement la réalité des perversions morales postencéphalitiques. Mais il est en outre indiscutable que ces perversions postencéphalitiques constituent, dans le groupe des perversions, un cadre nosologique bien précis ayant une individualité propre.

Les travaux déjà fort nombreux consacrés à leur étude mettent parfaitement en évidence les caractères particuliers de ces perversions postencéphalitiques [Briand (1921), Branche (1922), Mlle Lévy (1922), Gilbert Robin (1923), Carrette (1924), Wimmer (1924), Heuyer (1926), Claude et ses élèves, Laignel-Lavastine (1926), Fribourg-Blanc (1928), Menger (1929)].

L'examen médico-psychologique d'un grand nombre d'enfants délinquants examinés au Centre de Triage de la Faculté de Médecine de Lyon nous a montré la réalité et l'importance d'une telle distinction.

\*  
\*\*

Il est évident que l'individualisation de ces perversions morales postencéphalitiques sera d'autant plus

aisée qu'elles surviendront chez un individu présentant des séquelles neurologiques de son épisode encéphalitique. La maladie de Parkinson représente à cet égard l'élément important. Cependant, il est juste de reconnaître que cette association est loin d'être constante et que les perversions morales peuvent être l'unique séquelle apparente d'une encéphalite. Menger, qui, dans sa thèse, rapporte 26 observations particulièrement bien étudiées, a constaté seulement chez 16 malades, l'existence de signes parkinsoniens. S'il est donc indiscutable que le diagnostic des perversions morales postencéphalitiques est grandement facilité par l'association de séquelles neurologiques, il n'en est pas moins vrai qu'elles ne sauraient, à elles seules, suffire à légitimer une telle individualisation. Ce sera donc essentiellement sur un examen médico-psychologique qu'il faudra établir les caractères particuliers de ces perversions.



Chez un certain nombre de ces sujets, la perversion morale paraît comme un fait acquis. Les renseignements fournis par la famille, par l'instituteur, par l'employeur, permettent d'affirmer que l'enfant a présenté un développement intellectuel et un psychisme normaux; c'est seulement après l'épisode encéphalitique que sont apparus les troubles de caractère. Ainsi, l'entourage de l'enfant a pu assister à sa brusque transformation morale.

Malheureusement, cette notion, capitale au point de vue séméiologique, manque souvent. En l'absence de renseignements familiaux ou d'enquêtes sociales, il n'est pas possible de mettre en évidence le caractère « acquis » de ces perversions. D'autre part, il arrive fréquemment, surtout actuellement, que l'épisode encéphalitique ait touché le mineur pendant la première enfance, avant qu'on puisse avoir des notions bien précises sur son caractère.



L'examen médico-psychologique de ces mineurs doit permettre de distinguer, dans cette séméiologie des perversions morales postencéphalitiques, quatre groupes de faits :

- 1° L'état des facultés intellectuelles;
- 2° L'état des éléments caractériels;
- 3° Les actes antisociaux;
- 4° Les conditions psychologiques de ces actes antisociaux : la « tentation-impulsion ».

1° *L'état des facultés intellectuelles.*

On pourra apprécier l'état des facultés intellectuelles en explorant successivement la mémoire, l'imagination et le jugement.

Une exploration impartiale révèle, dans la grande majorité des cas, l'intégrité, tout au moins relative, de ces facultés intellectuelles. Le nombre des débiles mentaux est, en effet, relativement restreint dans les observations publiées. Mais il est juste de reconnaître

que cette exploration n'est pas toujours aisée chez les enfants instables. Il est inutile de rappeler à cet égard qu'on ne saurait tenir compte, pour apprécier exactement ces facultés intellectuelles, du niveau scolaire de l'enfant. Celui-ci, souvent paresseux, toujours instable, se plie mal à la discipline de l'école et se présente toujours comme un inadapté scolaire. Souvent d'ailleurs, renvoyé de l'école, il n'a pu continuer à s'instruire.

Mais cependant sa mémoire reste bonne, son jugement n'est pas déficient, son imagination est souvent vive. Il reconnaît aisément le caractère amoral de sa conduite; il ne pèche pas, en tout cas, par inconscience. Ses actes anti-sociaux ne sauraient s'expliquer par de la débilité mentale.

Cette intégrité relative des facultés intellectuelles ne saurait évidemment séparer le pervers postencéphalitique du pervers constitutionnel chez lequel on retrouve une intelligence vive.

Cependant il serait excessif de prétendre que l'Encéphalite Epidémique est incapable de déterminer une diminution des facultés intellectuelles. La plupart des auteurs admettent la possibilité de cette démence postencéphalitique consistant en un arrêt ou même une régression du développement intellectuel (Cruchet).

Darré, dans sa thèse, a montré la réalité d'un tel syndrome et a noté sa rareté.

Le seul point peut-être un peu particulier est le ralentissement psychique auquel Naville a donné le nom de « bradyphrénie ».

Ces faits restent rares et les troubles du développement intellectuel passent au deuxième plan, par rapport aux troubles du caractère.

Il faudrait cependant noter les perversions de l'imagination, s'extériorisant sous la forme de mensonge et de mythomanie, dont certains auteurs, et en particulier Menger, Kahn, Fausto Guerre et Sylvio Ribeiro de Souja ont rapporté des observations. Mais il faut reconnaître que, parmi les actes anti-sociaux des pervers postencéphalitiques, la mythomanie reste exceptionnelle et semble plus particulièrement le fait du sexe féminin (1).

## 2° *Les troubles du caractère.*

Ils sont, chez ces pervers, de première importance et portent sur la sphère affective-active.

Le trouble le plus évident est l'exagération de l'émotivité qui se rencontre chez tous les malades et qui contraste avec l'anémotivité du pervers constitutionnel. Il s'agit, en général, d'enfants craintifs, peureux, paraissant toujours redouter les coups et le châtiment de leurs actes anti-sociaux. Du tremblement, des troubles vaso-moteurs, de la tachycardie, de l'anxiété s'observent presque constamment.

---

(1) Il est juste de faire remarquer que la plupart des psychologues modernes considèrent d'ailleurs que la mythomanie est moins une perversion de l'imagination qu'une perversion du sens social et, à ce titre, constitue un trouble du caractère plus qu'un trouble intellectuel.

Cette hyperémotivité est surtout nette chez les enfants, en particulier lorsqu'on les examine pour la première fois, avant que de longs séjours dans les prisons, les asiles ou les maisons d'éducation surveillée les aient éduqués.

Il est facile également de mettre en évidence la persistance d'une activité normale et même quelquefois paradoxale. Les enfants qui présentent des remords, sont capables de sentiments altruistes qu'ils peuvent même exprimer par des démonstrations exagérées. Ils font preuve, vis-à-vis de leur famille, de sentiments affectueux; ils sont capables d'apprécier le caractère délictueux de leurs actes, d'en éprouver de la honte et de reconnaître leur déchéance. Rares sont, chez eux, les cyniques et certains sont capables d'efforts réels pour se réhabiliter. On conçoit ce que peut avoir de paradoxal une telle affectivité en complet désaccord avec une vie entachée d'actes pervers. Il faut reconnaître, là aussi, que cette persistance de l'affectivité est susceptible de s'atténuer à la longue; mais elle reste un fait noté dans la plupart des observations.

Un fait est particulièrement intéressant à signaler : c'est la possibilité de tentatives de suicide chez ces pervers moraux postencéphalitiques; ils peuvent attenter à leurs jours sous l'influence de remords, ce qui n'est pas, il faut le reconnaître, le fait du pervers constitutionnel. Coumel, Menger, Bing, Dupouy, Bauer et Chatagnon, Euzières, ont signalé ces tentatives de suicide.

L'activité de ces enfants est presque toujours perturbée et ce trouble consiste essentiellement en deux

faits : la paresse et l'instabilité. Les efforts prolongés leur répugnent, ils sont incapables de se plier à la moindre discipline, ils changent de place, font des fugues, semblent las et asthéniques au moindre effort. Cette instabilité peut revêtir d'ailleurs des caractères assez particuliers sur lesquels a insisté Menger. Celui-ci décrit en effet sous le nom d'« importunité assidue » un trouble assez particulier que présentent ces malades qui manquent de réserve, questionnent sans arrêt de façon inopportune, interpellent, taquinent, se livrent à des privautés singulières, apparaissent turbulents et agaçants, sans soucis des convenances, avec familiarité et grossièreté.

Assez fréquemment cette instabilité peut même réaliser un véritable petit état hypo-maniaque transitoire plus ou moins net, qui fait de ces enfants des « touche à tout », des coléreux, parfois même, suivant un horaire défini, la crise hypomaniaque se déroulant vers la fin de l'après-midi.

Ce syndrome hypomaniaque postencéphalitique des jeunes avait été signalé par Briand et Borel. Il peut exister indépendamment des perversions morales, mais associé à ces perversions, il contribue à leur donner une allure assez spéciale. Les sujets sont relativement calmes et sages le matin, leur agitation croît à la fin de la journée; ils deviennent alors violents, brisent les objets, chantent ou crient, s'endorment avec peine.

Les autres modifications du caractère passent au second plan. Il n'existe pas en particulier de modifications importantes de la sociabilité et de l'avidité. Ce sont cependant généralement des enfants peu so-

ciables. Ils reconnaissent leurs impulsions perverses, s'en méfient et fuient d'autant plus la société qu'ils sont timides. Il est rare qu'ils s'incorporent à une bande pour accomplir leurs forfaits. Menger cependant rapporte l'observation d'un pervers postencéphalitique qui s'associa avec des camarades dans le but de s'échapper d'un asile, mais il trahit ses camarades avant la réalisation de la fugue. De même, ils ne font pas de prosélytisme. Leur comportement à cet égard est tout différent de celui du pervers instinctif.

De même, si cet enfant est un voleur, son avidité reste relativement réduite. Il semble rarement animé par l'esprit de lucre.

Tels sont les principaux troubles du caractère que l'on rencontre dans les perversions postencéphalitiques. Mais il est juste de reconnaître qu'ils n'expliquent pas, à eux seuls, l'acte antisocial. Celui-ci apparaît en effet comme une impulsion subite, intempestive, véritable paroxysme modifiant passagèrement le psychisme de l'enfant.

### 3° *Les actes anti-sociaux.*

Ils peuvent affecter les formes les plus diverses. Cependant certains délits sont plus fréquents. La fugue et le vagabondage semblent ainsi revêtir une particulière importance. Mais surtout on est frappé par le nombre considérable d'inculpations pour violences, meurtres, rébellion, méchanceté morbide. C'est ainsi que Fribourg-Blanc, sur 40 observations,

signale 11 cas relevant de ce type. Nous rattacherons à ce groupe de perversions la pyromanie dont nous connaissons une observation.

Le vol représente aussi une forme assez habituelle de ces délits. Mais lorsque l'on compare la fréquence du vol chez le pervers postencéphalitique et chez les délinquants en général, on constate qu'il est relativement moins fréquent. Il ne constitue que 30 % des observations de Fribourg-Blanc alors que dans la statistique du Tribunal pour enfants, à Paris, le vol représente 65 % des inculpations.

La plupart des auteurs insistent sur l'importance des perversions sexuelles (exhibitionnisme, attentats à la pudeur, attouchements sexuels sur les personnes et les animaux, prostitution, viols, tendances incestueuses). Elles sont cependant rencontrées moins fréquemment que ne le prétendent certains ; Menger, en particulier, note que les perversions sexuelles sont plus rares que le vol et les violences. Enfin, la simulation et la mythomanie semblent constituer des délits plus exceptionnels.

Un caractère assez particulier est la constance des récidives.

#### 4° *La « tentation-impulsion ».*

L'acte antisocial reste avant tout conditionné par une véritable impulsion dont la description donnée par Gilbert Robin a été reprise par la plupart des auteurs ; ceux-ci ont essayé de séparer l'impulsion postencéphalitique des autres types d'impulsion que l'on peut observer en criminologie.

Ces impulsions apparaissent comme de brusques paroxysmes survenant dans certaines circonstances et se caractérisant essentiellement par le réveil de tendances instinctives violentes, d'allure perverse, et par une brusque inhibition des facultés modératrices et freinatrices.

Ces individus, normalement craintifs et émotifs, semblent brusquement oublier les contraintes morales, sociales, affectives et les risques innombrables d'un acte antisocial. Ils agissent, ils l'avouent eux-mêmes, sans crainte, et leur peur ne réapparaît que lorsque le paroxysme impulsif a disparu. Entre l'émotivité normale de ces sujets et l'anémotivité du paroxysme impulsif, il y a un contraste véritablement paradoxal.

Les tendances instinctives dégagées brusquement de cette contrainte normale, jouent alors librement et créent l'impulsion. Gilbert Robin insiste sur l'absence de malignité foncière chez le postencéphalitique. Il faut cependant reconnaître que ces tendances instinctives normalement réfrénées apparaissent chez lui douées d'une singulière perversité.

En dehors des cas, d'ailleurs nombreux, où l'impulsion se présente surtout comme une fugue, la plupart de ces enfants sont poussés par un véritable désir de nuire à autrui d'autant plus déplorable qu'il n'implique guère de profil pour leur auteur; ils cherchent surtout à faire du mal et à faire souffrir. L'observation de Ch... est, à cet égard, caractéristique. Nul intérêt ne le poussait à égorger des lapins si ce n'est l'instinct de cruauté envers les animaux.

Mais, surtout, ces impulsions se caractérisent par une relative conservation de la conscience et, en tous cas, une absence constante d'amnésie. A cet égard, elles diffèrent en tous points de l'impulsion de l'épileptique. Les enfants se souviennent parfaitement des conditions et des circonstances de leur acte antisocial. Mais il semble cependant qu'il existe une légère obnubilation de leur psychisme et une anesthésie passagère, mais totale, de leur émotivité, de leur affectivité et de leur sens critique.

Ce raptus impulsif n'obéit pas dans son apparition à des règles fixes. Cependant il est presque toujours provoqué par la notion de tentation. Menger d'ailleurs les appelle des « tentations-impulsions ». La vue du sang, la vue d'un animal sans défense fait brusquement naître la tentation latente et sa conséquence : l'impulsion. Il ne s'agit pas d'une obsession longuement mûrie, réfléchie; elle disparaît lorsqu'elle est satisfaite, ne laissant après elle que du remords.

Les actes antisociaux, à ce titre, n'apparaissent jamais prémédités ou ne le sont qu'à court terme. Le malade ne prépare pas sa fugue longtemps à l'avance; si, pour l'exécuter, il vole une bicyclette, il est rare qu'il organise intelligemment son départ du domicile familial.

Un fait assez particulier à noter, c'est qu'il existe, tout au moins au début, une certaine stéréotypie dans ses impulsions. Il ne modifie pas son acte antisocial; il semble toujours poussé par la même tentation; il semble toujours obéir à la même impulsion.

Cette brusque inhibition des freins normaux sous l'influence de la tentation, ce brusque réveil des tendances instinctives, cette conservation relative de la conscience, l'absence totale d'amnésie, l'absence de préméditation, le caractère malin des tendances instinctives, le peu de profit que l'individu tirera de son acte antisocial, l'évolution, enfin, du raptus impulsif et la réapparition de l'émotivité, de l'affectivité et du sens moral, constituent ainsi toute une série de caractères qui permettent d'accorder à l'impulsion du postencéphalitique une individualité indiscutable.

Accident greffé sur un fond mental plus ou moins perturbé, l'impulsion postencéphalitique s'oppose à la plupart des autres impulsions que l'on peut observer en clinique. Elle ne saurait en aucun cas se confondre avec l'impulsion de l'épileptique qui s'accompagne d'une amnésie complète et d'une perte passagère de la conscience. Elle ne saurait non plus se confondre avec l'impulsion du débile mental ou même du dément. Elle se sépare nettement de l'impulsion du psychasthénique par l'absence de conflits. Elle reste toute différente des impulsions du pervers constitutionnel et nous aurons l'occasion, en étudiant le diagnostic, d'insister sur les différences qui l'en séparent. Elle s'apparente cependant à l'impulsion de l'alcoolique et aux différentes impulsions hypo-maniaques.

Il est nécessaire de faire remarquer que ces caractères particuliers des perversions morales postencéphaliques sont susceptibles de modifications au cours de leur évolution. Ils sont d'autant plus nets que l'individu est plus jeune et surtout qu'ils sont constatés au début de sa vie antisociale.

En effet, l'émotivité de ces sujets s'émousse, leur sens moral s'atténue par la fréquentation de pervers constitutionnels et par la vie en maison de correction. Ils ignorent alors le remords, la crainte; ils s'autorisent souvent de leur maladie pour greffer sur des impulsions pathologiques des méfaits utilisables.

La famille, souvent désorientée par les nombreux actes antisociaux de leur enfant, s'en désintéresse; l'enfant s'aigrit et perd, vis-à-vis des siens, l'affectivité qu'il avait au début.

Il n'en reste pas moins vrai qu'au début de leur vie antisociale les pervers postencéphalitiques se présentent avec des caractères médico-psychologiques assez bien individualisés.

---

## LE DIAGNOSTIC

---

Il n'est le plus souvent pas très difficile de faire le diagnostic de perversion morale malgré les très nombreuses formes sous lesquelles elle peut se présenter.

Dans la majorité des cas, c'est un acte antisocial qui est à l'origine de l'investigation médicale. L'intervention du médecin a lieu sur requête du magistrat chargé d'instruire l'affaire, ou bien dans un asile où le sujet est amené, soit par un placement volontaire, soit par internement d'office. D'autres fois, c'est dans son cabinet, en clientèle privée, que le médecin examinera un sujet dont la conduite morale a inquiété l'entourage.

Le simple récit des méfaits commis par le malade suffit le plus habituellement, à orienter vers le syndrome de perversion morale.

On ne trouve que chez le pervers des suites ininterrompues de manifestations coléreuses, de violences, d'actes d'indiscipline et de rébellion, une instabilité foncière, des fugues à répétition, de longues listes de vols.

Il est presque toujours facile de mettre également en évidence un égoïsme forcené, une impulsivité bien

caractéristique en ce qu'elle n'est pas absolument irréfléchie, une tendance marquée à la méchanceté sous toutes les formes, qu'elle s'adresse aux plus faibles ou aux animaux, une aptitude particulière à faire le mal.

On peut ajouter à tous ces signes une affectivité pas toujours entièrement disparue, mais le plus souvent déséquilibrée, en tous cas très perturbée et un penchant fréquent pour les anomalies en ce qui concerne la vie sexuelle.

Bien souvent il faudra vérifier minutieusement les dires du malade et interroger l'entourage, car il ne faut pas oublier que le pervers est presque toujours un menteur, voire même un mythomane, qui est prêt, si son inspiration du moment le lui dicte, à échaffauder les histoires les plus fantaisistes pour se disculper, pour essayer d'attendrir ses juges ou bien, tout simplement, pour le désir de briller, de paraître, car il est vaniteux.

Ses mensonges seront d'autant plus dangereux, il faudra d'autant plus de circonspection, que l'intégrité des fonctions intellectuelles est de règle chez ces sujets. La débilité mentale n'est pas rare cependant, mais lorsqu'on la rencontre, elle est peu marquée : elle est alors le résultat d'un arrêt du développement du psychisme de l'enfant. On note fréquemment, au contraire, une vivacité d'esprit particulière, une intelligence qui contraste avec les profondes perturbations du sens moral qui caractérisent la perversion.

En résumé, on peut dire avec Dupré : « La vie entière du pervers apparaît ainsi comme une succession de bizarreries, d'extravagances, d'irrégularités, de fugues, d'engagements volontaires, de délits et de crimes, de condamnations et de non-lieu, d'expertises, d'internements, d'incarcérations, d'évasions, de désertions, de simulations, de parasitisme des hôpitaux, des asiles et des dépôts, de faits de vagabondage, d'alcoolisme, etc. ».

Le diagnostic de perversion morale obtenu, il faut rechercher l'atteinte encéphalitique antérieure.

Ici, deux cas peuvent se présenter :

a) Le malade est atteint de séquelles neurologiques. Le problème est alors bien simplifié. Le trouble constaté se rattache facilement à sa cause première : une maladie de Parkinson typique par exemple signe l'épisode aigu qui l'a précédée. Il n'en va pas de même pour toutes les manifestations tardives de l'Encéphalite Epidémique. Si les troubles oculaires, les troubles du sommeil, les spasmes, les mouvements athétosiques, choréïques, les myoclonies ne laissent que peu de place au doute et aident parfois au diagnostic (Heuyer et Lacan : Un cas de perversion infantile par l'Encéphalite Epidémique précoce diagnostiqué sur un syndrome moteur fruste. *Ann. Méd. Psychol.*, juillet 1933), nous verrons que les bradycinésies par exemple posent des problèmes plus complexes en raison de leurs points communs avec certaines manifestations de la démence précoce et du pithiatisme.

b) Le malade est indemne au point de vue neurologique.

C'est là que réside la plus grande difficulté. Il faut faire un diagnostic rétrospectif de l'Encéphalite Epidémique. Les témoignages médicaux n'existent pas toujours ou sont sujets à caution. L'entourage seul, le plus souvent, peut nous renseigner. Il le fait mal dans la plupart des cas. Un grand épisode de léthargie l'a frappé : il le décrit. Mais à côté de cela, combien d'atteintes frustes, de formes atypiques à symptomatologie atténuée ont quitté sa mémoire ! Il ne se souvient pas d'un léger épisode fébrile accompagné de hoquet pour lequel il n'a même pas fait appeler le médecin. Si l'enfant était trop jeune, il a mis le malaise général et les troubles oculaires sur le compte des vers intestinaux par exemple et il a oublié le tout. Et que faire lorsque les parents sont morts, lorsque le malade se présente seul, ignorant tout de son passé, mais prêt à raconter toutes les histoires pathologiques que l'on aura l'imprudence de lui suggérer ?

Cette difficulté est d'autant plus grande actuellement que nous n'avons plus à faire qu'à des mineurs ayant eu l'Encéphalite Epidémique dans la première enfance.

Comme nous le faisons remarquer au début de ce travail, il faut bien avouer que ce diagnostic d'Encéphalite Epidémique dix ou quinze ans après l'épisode aigu ne va pas sans incertitude. Il semblerait même très présomptueux de vouloir l'établir s'il n'y avait pas un autre élément d'appréciation qui intervient bien souvent.

Voici comment se présente alors le problème :

Nous avons à faire à un pervers moral. Le diagnostic de perversion posé, on cherche si cet état mental a toujours existé, s'il n'est pas apparu chez un individu primitivement normal, s'il n'a pas suivi un épisode aigu. Le plus souvent, on trouve en effet que le sujet, parfaitement sain à tous points de vue, a présenté des modifications de son être moral à la suite d'une affection aiguë. On peut arriver, en sollicitant la mémoire de cette manière, à obtenir des résultats positifs. D'autres fois, l'enquête sociale systématiquement pratiquée par les infirmières visiteuses, qui réunissent une documentation pour chaque enfant examiné au Centre de Triage de la Faculté de Lyon, nous apportera des précisions au sujet de la santé antérieure et nous permettra de conclure.

L'analyse de l'état aigu incriminé peut alors être faite et si sa date d'apparition coïncide avec la grande période épidémique 1918-1922, on a un argument de plus en faveur de l'Encéphalite Epidémique.

Dans le cas de l'Encéphalite Epidémique, le laboratoire ne peut pas nous renseigner. Il n'existe pas de texte biologique précis. L'hyperglycorachie, quoique fréquente, n'a pas une valeur pathognomonique et elle appartient à la période aiguë.

Une autre possibilité encore de confirmer le diagnostic d'Encéphalite Epidémique, c'est la reprise de l'activité du virus, l'apparition de signes neurologiques comme par exemple la constitution ultérieure du syndrome de Parkinson. Kostitch, dans sa thèse,

donne plusieurs observations d'un tel réveil de l'infection névraxitique.

\*  
\*\*

On conçoit qu'en raison des difficultés du diagnostic il soit nécessaire d'éliminer, avant d'affirmer la perversion postencéphalitique, les autres types de perversions.

Le diagnostic différentiel doit nous permettre d'éliminer successivement :

1° Les perversions constitutionnelles;

2° Les perversions affectives;

3° Les perversions acquises :

a) par défaut d'éducation;

b) par une atteinte pathologique autre que l'Encéphalite Epidémique.

\*  
\*\*

## I. — LES PERVERSIONS CONSTITUTIONNELLES :

Par ses actes antisociaux ou voisins, par son impulsivité, le pervers constitutionnel, en effet, ressemble au pervers postencéphalitique. Mais il existe cependant assez de caractères pour rendre la discrimination facile. Le point essentiel est représenté surtout par ce fait que le pervers constitutionnel a toujours été un pervers, tandis que le pervers postencéphalitique a des perversions acquises. Mais cet élément évolutif du diagnostic ne saurait jouer lorsque l'atteinte encéphalitique est particulièrement précoce. Il est nécessaire alors de faire intervenir d'autres éléments : ils

résident surtout dans ce fait que le pervers constitutionnel est un anémotif, tandis que le pervers post-encéphalitique a une émotivité perturbée et une affectivité paradoxale. Le remords, particulièrement inconnu du constitutionnel, existe par contre de façon manifeste chez le postencéphalitique qui est susceptible d'éprouver vis-à-vis de sa famille et de son entourage des sentiments affectueux.

Un autre élément qui peut servir au diagnostic est représenté par le caractère paroxystique de l'acte antisocial du pervers postencéphalitique qui s'oppose à l'absence totale et constante de sens moral du pervers constitutionnel. Le pervers postencéphalitique est un amoral occasionnel, le pervers constitutionnel un amoral constant.

L'acte lui-même permet parfois la discrimination : c'est toujours isolément que le postencéphalitique accomplit son délit ou son crime; on sait avec quelle fréquence le constitutionnel cherche à organiser des bandes et à faire du prosélytisme.

Ces éléments sont le plus souvent suffisants pour séparer ces deux types de perversions. Cependant on peut s'aider également des autres caractères du fond mental : débilité mentale plus fréquente dans la perversion postencéphalitique, personnalité plus accusée dans la perversion constitutionnelle où la sociabilité et l'avidité atteignent leur maximum.

Le tatouage enfin serait surtout le fait des pervers constitutionnels.

## II. — LES PERVERSIONS AFFECTIVES :

Les psychanalystes nous ont appris à connaître ce type de perversions, d'ailleurs discuté :

Il s'agit de perversions secondaires à un choc affectif. Ce « sont véritablement des réactions psychiques ». « Elles relèvent de processus inconscients. Il s'agit vraiment là d'attitudes mentales se superposant au caractère profond, le déformant : que les influences persistent, qu'on n'intervienne pas à temps, l'enfant devient un individu artificiel, secoué de tics mentaux, ignorant ses sources profondes qui ont été détournées ou taries » (G. Robin).

Elles sont du domaine de la psychanalyse. Le complexe d'Œdipe, le complexe de castration, le sentiment de culpabilité et d'autopunition décrits par Freud peuvent être mis en évidence. Ils jouent alors un rôle de premier plan. Tout le psychisme s'oriente autour d'un choc affectif qui a laissé dans le subconscient, en heurtant violemment une tendance, une empreinte cachée mais où se synchronisent pourtant les rythmes de la vie morale.

Sans vouloir nier l'intérêt dogmatique de ces perversions affectives, il est nécessaire de faire remarquer qu'elles resteront toujours, au point de vue pratique, très difficiles à mettre en évidence.

On sait cependant l'importance que les psychanalystes accordent au choc affectif dans l'enfance. Il est fort probable que ce type de perversion est, chez les mineurs, particulièrement fréquent.

Mais on est en droit de se demander si le choc invoqué reste suffisant en lui-même pour déterminer l'acte anti-social et il semble qu'il exige ou un terrain prédisposé ou une tare acquise pour se traduire ultérieurement en délit ou en crime.

C'est en raison de cette très forte influence probable du terrain que nous n'avons pas classé ces perversions parmi les perversions acquises proprement dites.



### III. — LES PERVERSIONS ACQUISES :

Parmi elles, nous distinguerons celles que l'on peut appeler les perversions des « mal éduqués » et les perversions dues à une atteinte pathologique autre que l'encéphalite épidémique.

#### a) *Les « mal éduqués » :*

Chez ceux-là, à la base, on retrouve presque toujours une dissociation du milieu familial. Ils ont grandi comme ils ont pu, sans guide, sans bon exemple, sans réprimande comme sans récompense. Très tôt, ils ont eu la rue pour foyer. Les mauvaises fréquentations, les mauvais spectacles, les mauvais films et surtout un amour-propre mal placé ont vite fait de les amener devant le juge.

« Il existe des enfants pervertis par leur milieu, leur éducation. Le fond affectif est sensiblement normal mais il a été perturbé par des influences mauvaises. L'enfant devient aigri, révolté. Les habitudes

de dégoût, de bouderie, de révolte, finissent par marquer profondément ce caractère d'enfant. Habitué à un certain type de réactions, le caractère s'y adapte comme si c'était lui qui les avait dirigées ». G. Robin.

b) Les perversions dues à une atteinte pathologique autre que l'encéphalite épidémique :

### 1° *Démence précoce.*

Les actes anti-sociaux ne sont pas rares de la part des déments précoces surtout au moment des toutes premières atteintes de l'affection. Comme nous le faisons remarquer dans un chapitre précédent, le diagnostic avec les perversions morales post-encéphaliques est quelquefois difficile : on peut confondre le ralentissement général de l'activité d'un Parkinsonien au début avec la tendance du dément précoce à se replier sur lui-même et à s'isoler du milieu extérieur. Certaines catatonies frustes peuvent en imposer pour un état de rigidité post-névritique qui commence à s'installer. La confusion est d'autant plus possible si l'on se souvient que, parmi les séquelles de l'encéphalite épidémique, on peut parfois rencontrer le syndrome hébéphréno-catatonique lui-même.

Cependant, dans la majorité des cas, on pourra faire la discrimination : l'acte délictueux du dément précoce est incohérent, inexplicable, sans but compréhensible pour nous. Il est le résultat d'une impulsivité dont la raison véritable nous échappe totalement.

L'examen nous montre une atteinte profonde de la personnalité, un manque d'unité, une discordance caractéristique que nous ne retrouvons pas chez le pervers postencéphalitique.

Il est en outre le plus souvent possible de mettre en évidence quelques-uns des signes cardinaux de l'affection : stéréotypie, négativisme, autisme, indifférence affective.

Les derniers doutes seront levés par l'évolution de la maladie.

## 2° *Pithiatisme.*

Les actes délictueux dont le pithiatique peut se rendre coupable nous amènent à les différencier de ceux commis par les pervers post-encéphalitiques.

Le pithiatique recherche les occasions de se donner en spectacle. C'est devant « la galerie » qu'il s'exhibera. Il n'aura pas peur de se faire prendre tandis que le pervers post-encéphalitique ne tient pas particulièrement à avoir des témoins.

Au point de vue psychique, la mythomanie est le caractère qui domine dans le pithiatisme. Elle tire le maximum d'effets d'un fond mental dont les marques principales sont une suggestibilité extraordinairement grande et une débilité assez marquée.

Le pithiatisme est l'apanage presque exclusif du sexe féminin. Le plus souvent, on peut provoquer une crise : le doute n'est alors guère permis.

La possibilité de faire disparaître cet état est une preuve de plus en faveur de son existence mais il ne

faut cependant pas oublier que ne fait pas du pithiatisme qui veut. Il y a certainement là aussi un facteur terrain dont l'importance ne doit pas être méconnue.

### 3° *La paralysie générale.*

Le paralytique général, à la classique période médico-légale de l'affection, est responsable souvent, lui aussi, d'actes anti-sociaux qui peuvent soulever la question du diagnostic des perversions.

Mais la discrimination est facile. L'exhibitionnisme, le vol, la fugue du paralytique général sont, comme tous ses autres actes caractérisés surtout par leur absurdité, leur extravagance et, dans bien des cas, par une certaine bonhomie qui ne trompe presque jamais. Le P. G. est le plus souvent altruiste et porté sans aucune mesure vers le bien. Cette bonté est même pathologique.

C'est un dément dont toutes les fonctions intellectuelles sont touchées en bloc.

On s'appuiera évidemment sur l'examen clinique et le laboratoire pour étayer le diagnostic.

L'évolution, souvent rapidement progressive vers la déchéance totale, viendra confirmer la nature de l'affection en cause.

Chez les jeunes, chez nos mineurs par conséquent, où la notion de l'atteinte syphilitique antérieure n'existe pas, il faudra se souvenir de la paralysie générale juvénile dont la symptomatologie est moins franche. L'étude des antécédents héréditaires prendra

alors toute son importance et là encore la clinique, le laboratoire et l'évolution viendront très rapidement trancher la question.

#### 4° *Traumatismes craniens.*

Les traumatismes craniens graves conduisent parfois aux perversions. Il sera aisé, dans un très grand nombre de cas, de les différencier des perversions postencéphalitiques.

En effet, l'étude des antécédents apportera la notion indispensable du traumatisme. Toutefois, il faudra rejeter cette étiologie s'il n'y a pas eu traumatisme grave avec perte de connaissance et se méfier d'un traumatisme invoqué avec trop d'insistance par l'entourage ou par le sujet lui-même surtout s'il n'y a pas de cicatrice témoignant d'une blessure sérieuse. La radiographie peut parfois montrer un trait de fracture ancien mais dans la majorité des cas elle ne pourra pas être d'un très grand secours.

D'autre part, dans les cas typiques, l'affaiblissement psychique n'est pas électif. Le traumatisé ne présente pas seulement des perversions morales : tout son fondamental est atteint. Le déficit est global, la sphère morale n'est pas frappée électivement.

Nous rapprocherons des traumatismes craniens, les tumeurs cérébrales.

En effet, certaines tumeurs cérébrales pourraient se manifester, tout au moins au début, par des actes anti-sociaux. Il s'agit de faits exceptionnels.

### 5° *Epilepsie.*

L'épileptique lui aussi commet parfois des actes délictueux qui l'amènent devant la justice.

Mais là encore le diagnostic sera relativement aisé. L'impulsion joue le rôle principal dans l'accomplissement de l'acte : elle ne succède pas à une tentation, elle se manifeste d'une façon soudaine, brutale, aveugle, imprévue. Elle n'est pas suivie de regrets même verbaux : c'est l'amnésie totale qui lui succède.

Une débilité mentale importante est presque la règle chez les épileptiques.

Enfin les antécédents nous fournissent dans bien des cas la clef du problème : on retrouve presque toujours au moins une crise comitiale typique avec son aura, sa chute, ses phases convulsives accompagnées de morsure de la langue et d'émission d'urine, suivies d'une période d'état second durant quelques heures et dont le malade se réveille ayant tout oublié.

La différenciation sera plus délicate, il faut le reconnaître, dans le cas où le sujet n'a pas eu de crise vraie. Les équivalents mineurs sont quelquefois d'interprétation difficile. Il faut savoir aussi qu'au cours du traitement de l'épilepsie, une cure au gardénal peut faire apparaître des troubles du caractère et en particulier une insociabilité marquée. Ce syndrome sera facilement rattaché à sa cause.

### 6° *Alcoolisme et autres intoxications.*

Des actes répréhensibles peuvent être le fait d'alcooliques à l'occasion d'une crise d'intoxication aiguë.

L'érotisme, les bagarres des ivrognes sont trop connues pour que nous insistions.

Le diagnostic sera facile : notion des libations exagérées, confusion mentale et délire onirique, signes physiques qu'il est inutile de décrire, *restitutio ad integrum* après élimination du toxique, stigmates d'imprégnation éthylique, etc.

Notons que l'association avec d'autres causes de perversions est fréquente. Elle n'est pas rare en particulier avec l'épilepsie. Le Docteur Brunerie nous a même communiqué l'observation d'un malade de la Clinique Psychiatrique du Vinatier où l'on trouve à la fois dans les antécédents d'un pyromane récidiviste, l'épilepsie, l'alcoolisme et une atteinte d'encéphalite épidémique. Nous ne la publions pas parce qu'elle sort des limites que nous nous sommes fixées : elle concerne en effet un sujet âgé de 36 ans.

D'autres toxiques que l'alcool créent parfois des perturbations morales graves. C'est le cas en particulier des intoxications aiguës par l'oxyde de carbone qui offrent un tableau clinique comparable sur bien des points à celui de l'éthylisme aigu si le gazé reçoit des soins et ne succombe pas. Pendant cette phase « d'ivresse oxycarbonée » (Etienne-Martin, *Précis de Médecine Légale*), l'intoxiqué, en état de confusion hallucinatoire, peut raconter n'importe quoi et s'il est interrogé d'une façon tendancieuse par des enquêteurs maladroits ou ignorants, il peut, involontaire-

ment il est vrai, porter de fausses accusations graves. Nous avons présente à l'esprit une observation de M. le Professeur Mazel, dans laquelle un honorable édile d'une ville voisine a été ainsi accusé d'une tentative de viol sur la personne d'une jeune bonne. C'est la jeune fille elle-même, dans l'épisode de confusion qui suivit son intoxication aiguë par le gaz d'éclairage, qui avait permis par ses réponses bizarres au magistrat enquêteur, d'établir une telle inculpation.

L'ivresse dissipée, la jeune gazée à rétabli les faits — nous étions dans le service où elle était hospitalisée — l'innocence de l'inculpé a été établie mais les journaux s'étaient déjà emparés de l'affaire et le préjudice moral était causé.

### *7° Atteinte du système nerveux autres que celles dues à l'encéphalite épidémique.*

En dehors de l'encéphalite épidémique, on peut voir des syndromes de perversions instinctives évoluer chez des sujets dont le système nerveux a été lésé par d'autres virus que celui de Netter.

Existe-t-il un critère permettant de différencier ces perversions de celles qui succèdent à l'encéphalite épidémique de Von Economo ?

Il s'agit dans les deux cas de perversions acquises. Dans les deux cas, nous retrouverons la notion de la fragilité nerveuse des sujets. Evidemment, le diagnostic sera possible étiologiquement : on ne confond pas

un tableau clinique typique de pneumonie ou de typhoïde par exemple avec une période de léthargie fébrile accompagnée de troubles oculaires ayant duré plusieurs semaines.

Mais si nous manquons de précisions sur le passé de notre sujet, il est bien évident que le travail diagnostique sera beaucoup plus délicat et, il faut bien l'avouer, quelquefois même impossible. En effet, l'encéphalite épidémique et l'encéphalite post-pneumonique par exemple sont toutes deux des encéphalites.

Il semble pourtant que, dans le cas de l'encéphalite épidémique, l'atteinte psychique soit plus légère, la débilité mentale importante moins fréquente, le retard intellectuel moins marqué. Mais nous devons bien faire remarquer que ces critères n'ont pas une valeur absolue.

---

## LE PRONOSTIC

---

Le pronostic des perversions morales post-encéphaliques reste sombre dans l'état actuel des choses.

1° Il reste lié au pronostic général de l'encéphalite épidémique. On sait que beaucoup d'auteurs prétendent que l'apparition tardive de séquelles de cette affection a pour cause un réveil de l'infection névraxitique dont l'évolution serait chronique mais présenterait des phases de rémission de longue durée.

Le pervers postencéphalitique peut donc un jour voir se constituer chez lui un syndrome neurologique qui évoluera pour son propre compte ou bien s'aggraver des manifestations tardives déjà existantes.

Mlle Lévy écrit : « Il est aussi impossible de fixer un terme quelconque à l'évolution d'une encéphalite qu'il est impossible d'affirmer que celle-ci, en apparence guérie, restera telle.

C'est une maladie « à surprises et à reprises » comme on l'a déjà dit.

Peut-être, et cette comparaison a déjà été faite, est-il aussi difficile d'affirmer la guérison d'une encéphalite que la guérison d'une syphilis.

Tout se passe comme si le virus de la maladie persistait et il est bien tentant de croire à cette persistance même alors qu'aucun critérium ne permet de déterminer la durée ni de prévoir les phases de la réactivation possible de ce virus ».

Comme le feront plus tard Martin et Dechaume, Guillain et Mollaret, et d'autres auteurs, Mlle Lévy note l'influence favorable pour une reprise évolutive de l'état de gravidité : « Sur 77 cas de manifestations tardives chez la femme, 17 sont survenus au cours d'une grossesse ou d'un accouchement ou pendant les suites de couches ».

2° Envisagées seules, les perversions morales post-encéphalitiques sont susceptibles parfois d'amélioration mais il n'existe pas d'observation de leur disparition complète, certaine et définitive.

H. Claude et G. Robin écrivent : « Les perversions sont invariables chez le pervers constitutionnel, susceptibles d'amélioration chez le pervers post-encéphalitique ».

En réalité, nous n'avons pas pu trouver, dans toutes les observations que nous avons lues, les nôtres comprises, un seul cas d'évolution heureuse nette, sauf dans celle que publie Le Guillant dans sa Séance du 28 janvier 1935 de la Société Médico-Psychologique. L'auteur a constaté la disparition complète des troubles moraux graves d'un de ses malades sous l'influence d'un traitement à l'atropine à hautes doses

(jusqu'à LXXX gouttes de la solution à 1 %). Le sujet aurait pu sortir de l'Asile si on lui avait trouvé des conditions de vie convenables.

Voici, résumée, l'observation de Le Guillant :

Ferdinand B..., est âgé de 32 ans. Il présente une certaine rigidité qui est cependant compatible avec un réel talent de prestidigitateur.

Parents bien portants.

Son enfance est normale. Il obtient son certificat d'études primaires à 11 ans.

A Paris, où il va apprendre un métier, il manifeste assez tôt certaines difficultés de caractère : esprit frondeur et insubordonné.

En 1919, il est atteint d'Encéphalite avec léthargie pendant huit jours et hyperthermie. Après quelques semaines d'hospitalisation, il demeure très asthénique, puis s'installe un syndrome parkinsonien fruste.

Malgré une aggravation rapide de ses défauts de caractère, il accomplit son service militaire sans autres incidents que des punitions répétées mais bénignes.

Son parkinsonisme s'accroît et il présente encore par instants une somnolence invincible.

En 1930 apparaît un état dépressif ; il fait une tentative assez insincère, publique, de suicide. Il est interné avec le certificat suivant du Docteur Heuyer : « Encéphalite Epidémique. Syndrome parkinsonien incomplet. Dépression psychique. Tristesse. Découragement. Idées de suicide. Arrêté alors qu'il cherchait à se jeter sous une auto. Voulait se donner la mort au cimetière Montparnasse. Encéphalite avec diplopie en 1919. Reprise de la somnolence par intervalles. Actuellement faciès figé. Tremblement digital, palpébral, et lingual. Hypertonie

(roue dentée) sans perte de l'automatisme de la marche. Très grande vivacité des réflexes tendineux ».

Il est transféré à Villejuif puis à La Charité-sur-Loire.

Au tableau neurologique, viennent rapidement se joindre des troubles graves de la conduite et du caractère : taquineries, réclamations, chapardages, menaces de suicide ou d'évasion, simulations diverses, querelles et batailles incessantes.

Ces troubles ont une telle intensité que ce malade doit être maintenu constamment alité, le plus souvent vêtu d'une camisole de force.

Il est ouvertement hostile ; son irritabilité constante l'amène instantanément aux coups et aux batailles. Il est méchant, cruel, cynique. Inaffectivité à peu près totale, inintimidabilité. Va jusqu'à frapper Le Guillant au cours d'une viste.

Il est mis au traitement par l'atropine à hautes doses qu'il tolère assez bien. Le syndrome moteur disparaît, mais B... reste un Parkinsonien.

*Le comportement par contre est tout à fait modifié. Progressivement la sociabilité et l'affectivité se réveillent. Le remords vrai apparaît. Il devient prévenant et paraît pouvoir être remis en liberté.*

Le Guillant : « N'était la difficulté de trouver des conditions de vie convenables à un sujet encore instable et usant de doses aussi élevées d'atropine, nous n'hésiterions pas à le faire sortir ».

Il est évident que ce précédent permet beaucoup d'espairs.

Sera-t-il renouvelé ?

---

## LE TRAITEMENT

---

### 1° TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE.

Il comprend deux parties :

a) *Lutte contre l'encéphalite épidémique.* — Il est bien évident que la disparition des épidémies et la guérison définitive des sujets atteints, si l'on pouvait l'obtenir d'une façon certaine, supprimeraient radicalement la question des séquelles.

L'encéphalite épidémique reste hélas une affection contre laquelle nous sommes relativement désarmés tant du point de vue curatif que du point de vue prophylactique.

Cependant, en cas de réapparition d'une épidémie, il ne serait pas inopportun de se souvenir que Netter a démontré que la salive des malades est virulente. D'autre part, un diagnostic précoce et un traitement intensif (sérothérapie avec sérum de convalescents ou sérum antipoliomyélique. Urotropine par voie intra-

veineuse. Salicylate de soude glucosé. Iodure de sodium. Antiseptiques généraux. Absès de fixation. Iodaseptine. Neurovaccin), peuvent modifier dans l'avenir le pronostic de cette terrible affection.

b) *Lutte contre les circonstances favorisantes et aggravantes.* — Elles sont communes à toutes les formes de l'atteinte morale :

Les systèmes nerveux fragiles sont particulièrement prédisposés aux atteintes encéphalitiques. Il faudra donc lutter contre toutes les causes de déchéance intellectuelle : alcoolisme en particulier, tuberculose, syphilis, etc...

Il serait souhaitable d'autre part que l'on trouve moins souvent dans les observations des milieux familiaux où la morale reste lettre morte, où l'éducation des enfants semble sans importance.

## 2° TRAITEMENT DES PERVERSIONS MORALES POST-ENCÉPHALITIQUES.

a) *Médicalement.* — Le traitement de l'encéphalite épidémique sera institué. On aura ainsi la possibilité d'éviter ou de faire régresser les reprises de l'activité du virus.

On fera des cures régulières.

Un traitement symptomatique pourra par ailleurs être dirigé contre l'éréthisme psychique des sujets et contre les séquelles neurologiques de l'affection s'ils en présentent. L'atropine, l'hyoscine, l'harmine, les bromures, le gardénal, les sédatifs en général seront utilisés, associés à une bonne hygiène.

b) *Socialement*. — Nous avons vu que ces sujets sont des récidivistes.

Ils sont dangereux pour la société qui doit se prémunir contre eux.

L'asile d'aliénés n'offre pas de conditions favorables à un essai d'« orthopédie mentale », bien au contraire. Le pervers est intelligent le plus souvent. Il sera en contact constant avec des déments ou des idiots. Il en profitera pour exercer ses talents sur eux. Enfin, il ne pourra pas rester là toute sa vie. Il faudra lui rendre la liberté un jour ou l'autre et il récidivera.

Peut-on fonder un espoir quelconque sur la mise en liberté dans le cadre familial ?

C'est le plus souvent impossible. Comment, en effet, réclamer des familles les qualités que M. le Professeur Etienne Martin estime indispensables à l'éducation des pervers, quand il fait écrire dans la thèse de Fribourg-Blanc : « Au cas où l'enfant serait déjà perverti, l'éducateur aurait pour œuvre de substituer lentement toute une série d'impulsions réflexes, nées d'exemples meilleurs, à celles qui avaient directement engendré les tendances dépravées. C'est alors qu'il faut s'aider de l'imitation, des habitudes saines graduellement introduites par la vie commune avec des personnes honnêtes, pour empêcher l'idée fixe du mal de se développer complètement et de devenir fatale dans ce terrain trop fertile ».

Le seul placement à envisager, celui qui présentera le maximum de garanties, sera l'entrée dans une Maison d'Education Surveillée.

En effet, une nouvelle organisation y prévoit l'installation de services spécialisés, dans lesquels les sujets, classés suivant leur type respectif, seront confiés à des éducateurs ayant reçu une formation spéciale. Là, ils seront suivis de très près et les modifications de leur état seront contrôlées médicalement.

Nous espérons que ce nouvel état de choses, qui comble une grave lacune, permettra d'obtenir des résultats satisfaisants en ce qui concerne plus particulièrement les pervers moraux post-encéphalitiques dont l'avenir, jusqu'à plus ample informé, reste sombre.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Il est classique d'opposer, dans l'étude des Perversions, les facteurs étiologiques constitutionnels mis en évidence par Lombroso et les facteurs étiologiques sociaux sur l'importance desquels Lacassagne a insisté.

L'étude des séquelles de l'Encéphalite Epidémique a montré l'existence, à côté de ces perversions constitutionnelles, de perversions acquises. Ces syndromes pervers sont peu fréquents dans le cadre de la délinquance juvénile, mais ils revêtent un réel intérêt dogmatique et pratique.

II. — Nous n'avons pu réunir que trois observations de pervers moraux postencéphalitiques sur 1150 mineurs délinquants examinés au Centre de Triage de la Faculté de Médecine de Lyon. Ces séquelles morales de l'Encéphalite Epidémique apparaissent donc

beaucoup moins fréquentes que les séquelles neurologiques. Elles s'observent surtout dans les formes cérébrales et mésocéphaliques de l'Encéphalite Epidémique ; elles semblent l'apanage des sujets jeunes et des enfants frappés par le virus de Netter.

Leur première manifestation se produit dans la seconde enfance, vers 10 à 12 ans ; elles semblent être plus fréquentes chez le garçon et marquer une prédilection pour des sujets à psychisme fragile. Elles sont assez rarement associées à d'autres séquelles neurologiques, psychiques ou endocriniennes.

III. — Les actes anti-sociaux commis par les pervers postencéphalitiques affectent les formes les plus diverses. Le plus souvent, il s'agit de coups, de blessures, de fugues, d'indiscipline et de rébellion, assez fréquemment de vol, plus rarement de perversions sexuelles.

L'examen médico-psychologique de ces délinquants montre l'intégrité relative des facteurs intellectuels (mémoire, jugement et imagination) contrastant avec l'existence de troubles du caractère portant essentiellement sur l'affectivité et l'émotivité, d'une part, et sur la stabilité, d'autre part.

L'acte du pervers postencéphalitique apparaît avant tout comme une impulsion conditionnée par une libération des freins normaux et un réveil de l'automatisme instinctif, s'accompagnant d'une conservation de la conscience et sans phénomènes amnésiques. Il se présente comme un véritable raptus à début brusque, généralement provoqué par la tentation, surve-

nant souvent à la fin de l'après-midi, durant quelques heures et suivi assez fréquemment d'une phase post-paroxystique pendant laquelle se réveillent les freins moraux et l'émotivité passagèrement abolie.

Cet acte impulsif s'oppose aux autres types d'impulsions : épileptique, psychie asthénique, pervers constitutionnel ; il se rapproche de l'impulsion de l'hypomaniaque.

IV. — Il est nécessaire de distinguer ces Perversions Postencéphalitiques des autres types de délinquance juvénile. Ce travail diagnostique permettra d'éliminer la délinquance accidentelle, les délinquances par tares constitutionnelles, les délinquances par tares acquises : démence précoce, éthylisme, épilepsie, etc.

V. — Le pronostic de ces Perversions Postencéphalitiques reste grave. Ces enfants se présentent, en effet, le plus souvent, comme des pervers inéducables et inadaptables à une vie sociale normale dans les cadres actuels.

VI. — Mais, surtout l'étude des Perversions Postencéphalitiques pose des problèmes particulièrement difficiles à résoudre.

En dehors du traitement prophylactique, il sera, en effet, nécessaire d'envisager le placement de ces enfants.

La mise en liberté dans le cadre familial exposera, le plus souvent, l'enfant à des récidives par le fait de manque de soins, de surveillance et de rééducation.

En l'état actuel de nos moyens d'assistance, où aucune institution spécialisée n'a été prévue, c'est encore la maison d'éducation surveillée, avec les services spécialisés qu'elle comporte dans la nouvelle organisation, qui offrirait le plus de garanties.

*Vu : le Président de Thèse,*

ETIENNE-MARTIN

*Vu : le Doyen,*

J. LEPINE

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 17 juin 1939.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

*Le Vice-Président du Conseil de l'Université,*

DOUIN.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ACHARD. — L'encéphalite épidémique. Baillière, Paris, 1922.
- ADAM et FREY. — La période médico-légale de l'encéphalite épidémique. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Besançon, 1923.
- BÉRIEL. — Séquelles de l'encéphalite léthargique. *Soc. Méd. des Hôp.*, 9 novembre 1920.
- BLEULER. — *The Journal of nervous and mental*, 1930.
- BLOUQUIER DE CLARET. — La névraxite épidémique. *Thèse de Montpellier*, 1921.
- BONHOEFFER (K.). — Psychische Residuaerzustaende nach Encephalitis Epidemica bei Kindern. *Klinische Wochenschrift*, 15 juillet 1922, p. 1446.
- BRANCHE. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique. *Thèse de Lyon*, 1922.
- BRIAND. — Rapports entre certains états pithiatiques et l'encéphalite épidémique. *Soc. Psychiatrique*, 17 juin 1920.
- BRIAND. — Formes mentales de l'encéphalite épidémique. *Congrès de Strasbourg*, août 1920.
- Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal. *Académie de Médecine*, 20 novembre 1921.

- BRIAND et REBOUL-LACHAUX. — Perversions instinctives post-encéphalitiques. *Société Clinique de Médecine Mentale*, décembre 1921.
- CARRETTE. — Perversions instinctives post-encéphalitiques. *Société Médico-psychologique*, 1924.
- CENAC. — Perversions sexuelles et encéphalite épidémique. *Annales Médico-psychologiques*, 1924.
- CHAUFFARD. — Encéphalite épidémique. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1920.
- CLAUDE (H.). — Les suites éloignées de l'encéphalite épidémique. *Académie de Médecine*, 2 mars 1920.
- CLAUDE (H.) et ROBIN (G.). — Le syndrome mental post-encéphalitique chez l'enfant et la notion de dégénérescence mentale. *Annales médico-psychologiques*, 1924.
- CLAUDE (H.), BARUCK (H.) et LAMACHE (A.). — Obsessions-impulsions consécutives à l'Encéphalite épidémique. *Encéphale*, novembre 1927.
- CLAUDE (H.), SIVADON (P.) et AJURIAGUERRA (J.). — Déséquilibre mental postencéphalitique. *Annales médico-psychologiques*, mars 1936, p. 412-416.
- COLIN (H.) et DEMAY (G.). — Anormaux à perversions instinctives. *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique*. Sergent, Ribadeau-Dumas.
- COLLET (F. J.). — Précis de Pathologie interne. Doin, 1931.
- COOPER (H. A.). — The mental sequels of chronic epidemic encephalitis and their prognosis. *The Lancet*, septembre 1936, pp. 677-679.
- COUMEL. — Contribution à l'étude des séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. *Thèse de Lyon*, 1926.

CRUCHET. — Pronostic de l'encéphalo-myélite épidémique. *Société Médicale des Hôpitaux*, 29 octobre 1920.

— Encéphalo-myélite épidémique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, janvier 1921.

— L'encéphalite épidémique. Ses origines. Les 64 premières observations connues. Doin, 1928.

— L'encéphalite épidémique. Paris 1928.

— Les pervers de l'encéphalite épidémique. *Progrès Médical*, n° 44, septembre 1929, pp. 1485-1494.

CRUCHET, MOUTIERS et CALMETTE. — Evolution des séquelles de l'encéphalo-myélite épidémique. *Société Médicale des Hôpitaux*, 11 mars 1921.

DARRÉ. — Les troubles mentaux chez les Parkinsoniens post-encéphalitiques. *Thèse Lyon*, 1927.

DUPOUY et ABELY. — Exhibitionnisme chez un Parkinsonien. *Soc. Clinique de Méd. mentale*, juillet 1925.

DUPOUY, COURTOIS (A.), BOREL (J.). — Délires de jalousie chez un Parkinsonien post-encéphalitique. *Ann. médi. psych.*, 1932.

DUPRÉ. — Les perversions instinctives. *Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France*, Tunis, 1912.

EBAUCH FRANKLIN (G.). — Neuropsychiâtrie sequelae of acute epidemic encephalitis in Children. *American Journal of Diseases of Children*, février 1923, n° 2.

ECONOMO (Von). — Beitrage zur Encephalitis lethargica. *Neurol. Zentralblatt*, n° 21, 1917.

— Die encephalitis lethargica. Deuticke, Vienne, 1918.

- EUZIÈRE. — Troubles psychiques de l'Encéphalite Léthargique. *Académie des Sciences et des Lettres de Montpellier*, 9 mars 1923.
- EUZIÈRE et BLOUQUIER DE CLARET. — L'invalidité morale acquise post-névritique. *Congrès de la Société pour l'avancement des Sciences*, Montpellier, 1922.
- Troubles moraux consécutifs à la névrite épidémique. *Gazette des Hôpitaux*, 1923.
- EUZIÈRE, VIALLEFONT et LAFON. — Les troubles mentaux épisodiques séquelles d'encéphalite épidémique. *Gazette Médicale de France*, septembre 1931.
- FERRI ENRICO. — Sur la valeur relative des conditions individuelles, physiques et sociales qui déterminent le crime. *Congrès de Paris*, 1889.
- Compte rendu du V<sup>e</sup> Congrès d'Anthropologie criminelle. Amsterdam, 1901.
- FRACASSI (T.) et QUARANTA (A. P.). — Dix cas de 'perversions post-encéphalitiques. *Rev. Med. del Rosario*, n° 24, pp. 889-909, septembre 1934.
- FRIBOURG-BLANC. — Contribution à l'étude de l'enfance coupable. *Thèse de Lyon*, 1912.
- Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique. *Annales de Médecine légale*, 1929.
- FROMENT (J.). — Le déficit psychique dans les états parkinsoniens post-encéphalitiques. *Revue Neurologique*, 1921.
- FROMENT et BOUCHUT. — Encéphalo-myélite épidémique myoclonique. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 13 avril 1920.
- FROMENT et GARDÈRE. — Encéphalite aiguë avec léthargie et paralysie oculaire. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 3 février 1920.

GUILLAIN et MOLLARET. — Les séquelles de l'encéphalite épidémique. *Pratique Médicale Illustrée*, 1932.

HEUYER (G.). — Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Paris, 1914.

— Perversions instinctives post-encéphalitiques. *Société de Psychiatrie*, 1925.

— Considérations sur 14 cas de perversions post-encéphalitiques. *Archives de Médecine des Enfants*, 1926.

— Réactions médico-légales chez un post-encéphalitique. *Société de Psychiatrie*, mai 1928.

— Troubles mentaux chez un post-encéphalitique. *Semaine des Hôp. de Paris*, 15 juin 1931, pp. 330-337.

HEUYER et LACAN (J.). — Un cas de perversion infantile par encéphalite épidémique précoce diagnostiqué sur un syndrome moteur fruste. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1933, p. 221.

HILL. — Juvenile behaviour disorders in epidemic encephalitis. *The Lancet*, 1929.

KASANINE. — Personality changes in children following cerebral trauma. *The journal of nervous and mental*, 1929.

KOSTITCH. — L'invalidité morale acquise post-nevritique. *Thèse de Montpellier*, 1923.

LACASSAGNE. — Peine de mort et criminalité.

LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON. — Réactions perverses des enfants atteints d'Encéphalite épidémique. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1926.

LAIGNEL-LAVASTINE et MORLAAS. — *Société de Psychiatrie*, 1926.

LAPLANE et LAPLANE DE SÈZE. — L'encéphalite épidémique. *Encyclopédie médico-chirurgicale*.

- LE GUILLANT. — Remarques sur un cas de régression d'un syndrome de perversions instinctives post-encéphalitiques. *Annales médico-psychologiques* janvier 1935, pp. 121-133.
- LÉPINE (J.). — Le terrain dans l'encéphalite infectieuse. *Académie de Médecine*, 16 novembre 1920.
- Diagnostic entre la maladie de Parkinson et le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. *Congrès de Neurologie*, de 1921.
- LÉVY (Gabrielle). — Syndrome excito-moteur et forme insomnique et hypomaniaque de l'enfant. *Journ. Med. Français*, Tome 12, n° 14, avril 1923.
- Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique. *Thèse Paris*, 1925.
- LOMBROSO. — L'uomo delinquente.
- MAIRET et EUZIÈRE. — Les invalides moraux. (Coulet, édit., 1910.)
- MARIE (Pierre) et LÉVY (Gabrielle). — Le syndrome excito-moteur. *Rev. Neur.*, juin 1920.
- MARTIN (Etienne). — Compte rendu au V<sup>e</sup> Congrès d'Anthropologie criminelle. Amsterdam, 1901.
- MARTIN et DECHAUME. — Encéphalite épidémique latente démasquée par la grossesse. *Société Anatomique*, 4 novembre 1926.
- MARTIN (E.) et GIRARD (P.). — Contribution à l'étude clinique de l'Enfance coupable. Les cadres nosologiques de la délinquance des mineurs. *Journal de Médecine de Lyon*, novembre 1938.
- MAC COWAN et COOK (L. C.). — The mental aspect of chronic epidemic encephalitis. *The Lancet*, 30 juin 1928, pp. 1316-1320.
- MENGER (P.). — Les perversions morales post-encéphalitiques. *Thèse Paris*, 1929.

MOURET (L.). — Contribution médico-légale à l'étude du patronage de l'enfance coupable. *Thèse de Lyon*, 1903.

MOURIQUAND, LAMY et MARTINE. — Séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique chez l'enfant. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 7 décembre 1920.

NAVILLE. — La bradyphrénie. *Encéphale*, 1922.

NETTER. — De la contagiosité de l'encéphalite léthargique. *Bull. de la Soc. med. des Hôp.*, n° 26, 16 juill. 1920.

— L'encéphalite léthargique. *Presse Médicale*, 7 avril 1920.

— Faut-il conserver le nom d'encéphalite léthargique ? *Bulletin de l'Ac. de Méd.*, 1920.

NETTER, CÉSARI et DURAND. — Démonstration de l'activité du virus de l'encéphalite dans les centres nerveux quinze mois après le début : présence de ce virus dans les glandes salivaires. *Soc. de Biol.*, 14 mai 1921.

PÉHU et BONAFÉ. — Reliquats d'encéphalite et encéphalites à forme prolongée chez les enfants. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 21 mars 1922.

QUARANTA (A. P.). — Un cas d'homosexualité après une encéphalite épidémique. *Rev. argent. de Neurol. y psiquiat.* N° 1, avril 1935, pp. 146-154.

REBOUL-LACHAUX et SERIN. — Encéphalite épidémique et perversions sexuelles. *Ann. med. psychol.*, 1924.

REYS. — L'encéphalite épidémique. *Thèse Strasbourg*. Maloine.

RISSE et MÉRIEL. — Les séquelles neurologiques de l'encéphalite épidémique. *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*. Avril et mai 1931.

ROBIN (G.). — Les troubles nerveux et psychiques de l'enfant. Nathan, édit.

— Troubles mentaux liés à l'encéphalite léthargique chez les enfants. Troubles mentaux et troubles respiratoires. *Bull. de la Soc. Clin. et Méd. ment.*, 1922, p. 218.

— Séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. *Soc. clin. de med. ment.*, 17 juillet 1922.

— Séquelles mentales de l'encéphalite léthargique chez les enfants. *Bull. Soc. clin. méd. mentale*, novembre 1922.

— Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique chez les enfants. *Bull. Soc. clin. méd. mentale*, novembre 1922.

— Considérations sur les troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'encéphalite épidémique chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1923.

— Le traitement des enfants pervers. *Hôpital*, mai 1938, pp. 300-302.

ROGER. — Formes léthargique, myoclonique, choréo-ataxique, délirante, névralgique. *Marseille Médical*, 1920.

ROGER, REBOUL-LACHAUX et POURCINE. — Réactions et allure perverse chez un jeune encéphalitique. *Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, octobre 1926.

ROSSI (Maria). — Les réactions médico-légales chez les post-encéphalitiques. *Encéphale*, 1936.

ROTTEMBERG (G.). — Contributions à l'étude des syndromes démentiels de l'encéphalite épidémique. *Thèse Paris*, 1932.

ROUBINOVITCH et ABRAMSON (Mlle). — Psychopathologie expérimentale comparée entre les séquelles post-encéphalitiques et les perversions instinctives constitutionnelles chez les enfants. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, juin 1925.

- SAVY. — *Précis de Pratique médicale*. Doin, 1931.
- *Précis de thérapeutique clinique*. Doin, 1937.
- SCHACHTER. — Troubles de la mentalité et du comportement des enfants post-encéphalitiques. *Rev. med. française*, janvier 1933, pp. 43-49.
- Les sévices envers les enfants. *Thèse Nancy*, 1930.
- Les troubles du psychisme de l'enfant encéphalitique. *Progrès Médical*, octobre 1931, pp. 1826-1829.
- SCHIFF et TRELLES (J. O.). — Un cas d'homosexualité post-encéphalitique. *Ann. médico-psych.*, octobre 1931.
- SICARD. — Les modalités de début de l'encéphalite épidémique. *Académie de Médecine*, 1920.
- STERN. — Neber psychische Zwangsworgänge und die Entstehung der Blickkrämpfen. *Arch. f. psych.*
- TOULOUSE, COURTOIS et DUFET. — Séquelles mentales des encéphalites psychosiques aiguës. *Ann. med. psychol.*, janvier 1932.
- TRUELLE et PETIT. — Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. *Congrès de Quimper*, août 1922.
- VANHEMS. — Etude statistique portant sur 1.150 observations de Mineurs délinquants réunies au Centre de Triage de la Faculté de Médecine de Lyon. *Thèse Lyon*, 1939.
- WIMMER. — Zur Kriminalität der Encephalitiker. *Acta psych. et Neurol.*, 1930.
- Contribution à la Médecine légale de l'encéphalite épidémique. *Ann. med. psychol.*, 1924.



## Table des Matières

---

|                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION. — Les perversions instinctives.<br>L'encéphalite épidémique. Ses séquelles. Moyens<br>d'étude. Intérêt .....                              | 9  |
| CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES .....                                                                                                                        | 25 |
| OBSERVATIONS. ....                                                                                                                                      | 32 |
| DESCRIPTION GÉNÉRALE. — Etat des facultés in-<br>tellectuelles. Etat des éléments caractériels. Les<br>actes antisociaux. La « tentation-impulsion » .. | 51 |
| LE DIAGNOSTIC. ....                                                                                                                                     | 64 |
| LE PRONOSTIC. ....                                                                                                                                      | 81 |
| LE TRAITEMENT. ....                                                                                                                                     | 85 |
| <i>Conclusions</i> . ....                                                                                                                               | 89 |
| <i>Index bibliographique</i> .....                                                                                                                      | 93 |





